RAPPORT

DU GROUPE

DE TRAVAIL

SUR LA LUTTE

CONTRE LA DROGUE

BIBLIOTHÈQUE ADMINISTRATIVE
Ministère des Communications du Québec
Éléments de catalogage avant publication

Québec (Province). Groupe de travail sur la lutte contre la drogue.
Rapport/du Groupe de travail sur la lutte contre la drogue.
—— Québec: Publications du Québec, 1990.

«Conseil exécutif»
Mario Bertrand, président
Bibliogr.
ISBN: 2-551-14218-0

1. Drogue, Lutte contre la — Québec (Province) I. Bertrand, Mario
II. Québec (Province). Conseil exécutif. III. Titre.

A11 E8 A29/L88

Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

RAPPORT

DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA LUTTE CONTRE LA DROGUE

Québec

91-03196/

Le contenu de cette publication
a été réalisé par le Groupe de travail
sur la lutte contre la drogue.

Cette édition a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec (Québec)
G1N 4K7

Graphisme de la couverture
Design et Infographie Eurêka

Dépôt légal — 3e trimestre 1990
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-14218-0

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION

Lettre du Président au Premier ministre XI

Composition du Groupe de travail XIII

Remerciements XV

INTRODUCTION ET RAPPEL DU MANDAT XVII

Première partie: la situation

SECTION I **L'USAGE DE DROGUES**

Aperçu général 3

La situation dans certaines régions du Québec 5

La situation dans divers milieux

Les milieux de jeunes 7
Le milieu carcéral 10
Le milieu de travail 10

Des facteurs explicatifs

Les motifs 12
Les habitudes 13

SECTION II **LE TRAFIC DE DROGUES**

Aperçu général 14

L'origine des drogues sur le territoire du Québec

La provenance 16
Le transport 17

Les types de trafiquants 18

Les lieux du trafic 19

Des facteurs explicatifs 20

SECTION III **LES CONSÉQUENCES LIÉES À L'USAGE ET AU TRAFIC DE DROGUES**

Aperçu général 22

La santé 22

La criminalité 24

L'éducation 26

Le travail 27

Deuxième partie: les actions

SECTION IV **LES ACTIONS FACE À L'USAGE ET AU TRAFIC DE DROGUES**

La prévention

Actions du Gouvernement fédéral 31
Actions du Gouvernement provincial 32
Actions municipales 36
Actions communautaires 37
Actions en milieu de travail 37

La répression

Pouvoir de légiférer 38
Pouvoir d'enquêter 39
Pouvoir de poursuivre 42

La réadaptation

Aperçu général 43
Actions du Gouvernement provincial 44
Actions du secteur privé 45

SECTION V **BILAN DES ACTIONS**

La prévention 46

La répression 48

La réadaptation 50

L'information et la recherche 51

Troisième partie: des solutions

SECTION VI LES PRINCIPAUX CONSTATS 55

SECTION VII LES PISTES D'ACTION 57

SECTION VIII LES NOUVELLES AVENUES 59

SECTION IX VENTILATION DES COÛTS 73

DOCUMENTS CONSULTÉS 81

ANNEXES 93

LISTE DES ANNEXES

1 Organismes rencontrés par le *Groupe de travail*

2 Organismes et personnes ayant présenté un mémoire

3 Tableau d'identification des drogues

4 L'usage de drogues plus de cinq fois dans la vie, selon le sexe et le groupe d'âge

5 Proportion de la population ayant fait usage de drogues plus de cinq fois dans sa vie, selon les régions du Québec

6 Résultats d'une consultation réalisée auprès de certains organismes du Nouveau-Québec

7 Quantités de drogues saisies au Canada de 1985 à 1988

8 Quantités de drogues saisies au Québec de 1987 à 1989

9 Source des drogues vendues sur le marché canadien en 1987

10 Modes de transport pour l'importation de drogues au Canada en 1987

11 Estimation des coûts sociaux liés aux problèmes de drogues pour l'année 1986 - Québec, Ontario

12 Impacts sur la santé

13 Risques associés aux drogues pour la femme enceinte, le foetus et l'enfant

14 Organismes communautaires offrant des services de prévention, d'entraide et de support en matière de toxicomanie

15 - Pouvoirs et infractions à la *Loi sur les stupéfiants*

- Pouvoirs et infractions à la *Loi des aliments et drogues*

16 Ressources publiques offrant des services de réadaptation aux personnes toxicomanes

17 Organismes privés offrant des services d'aide, d'entraide et de réadaptation aux personnes toxicomanes

Québec, le 11 juin 1990

Monsieur Robert Bourassa
Premier ministre du Québec
885, Grande-Allée est
Édifice J
3e étage
Québec (Québec)
GIA IA2

Monsieur le Premier ministre,

Le *Groupe de travail sur la lutte contre la drogue* a le plaisir de vous soumettre le rapport de ses rencontres et délibérations des derniers mois.

Au moment où nous répondions individuellement à votre appel, nous envisagions mal encore l'ampleur et la complexité d'un phénomène dont les effets sociaux sont si dévastateurs. Face à l'énormité de la tâche, nous n'avons cependant négligé aucun aspect ni ménagé nos efforts afin d'identifier les meilleures avenues de solution.

Or, si l'implantation de nouvelles mesures doit être immédiate, l'instauration de la dynamique sociale qui en garantira les effets impose des tempos différents:

- à court terme, la réduction de l'offre de drogues repose sur des mécanismes qui, pour la plupart, sont déjà en place. Mais les corps policiers ont besoin d'une meilleure concertation pour rendre plus efficaces leurs actions communes;

- à moyen terme, l'amélioration du traitement des toxicomanes suppose l'ajout de ressources et leur ajustement à la diversité des besoins. Mais la coordination des intervenants est essentielle, si nous voulons maximiser les énergies que nous avons constatées chez eux;

- à plus long terme, la réduction de la demande passe par un effort collectif de mobilisation, relayée par une multitude de projets locaux, d'information auprès de la population, de prévention auprès des jeunes, de dépistage auprès des personnes à risque. En fait, il faut une prévention durable - une éducation - qui s'adresse à l'intelligence davantage qu'à la peur.

La volonté politique, pivot de ces actions, doit miser sur un renforcement des réseaux de soutien et d'entraide, et non pas s'y substituer. Émettons ce souhait apparemment paradoxal que, chez nous, la lutte contre la drogue devienne motif à une restauration des milieux de vie.

Notre esquisse, tracée à partir d'une situation qui se transforme rapidement, donne parfois lieu à de nouvelles interrogations. Afin d'orienter les actions futures en accord avec une juste connaissance du phénomène, il faudra pourvoir au manque de recherche, de suivi et d'évaluation.

Vous priant de recevoir favorablement ce rapport, les membres du Groupe veulent enfin vous dire leur inquiétude face à un mal dont l'action gouvernementale, seule, ne saurait venir à bout et qui affecte particulièrement les jeunes. Toujours, les sommes consacrées à lutter contre la drogue resteront sans commune mesure avec les coûts sociaux engendrés par elle. Il faudra y voir un investissement, tout ce qu'il y a de primordial pour notre proche avenir.

Nous vous prions de bien vouloir agréer, monsieur le Premier ministre, l'expression de nos sentiments distingués mais aussi nos remerciements, pour l'occasion qui nous a été donnée de participer à ces réflexions.

Mario Bertrand
Président

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Monsieur Mario Bertrand	Président Les Magasins M Inc.
Monsieur Serge Gouin	Président Télé-Métropole
Monsieur Roger D. Landry	Président et éditeur La Presse
Me Gérald Tremblay	Associé McCarthy, Tétrault
Monsieur Jacques Beaudoin	Sous-ministre Ministère de la Sécurité publique
Madame Johanne Bergeron	Secrétaire générale associée Secrétariat à la Jeunesse
Monsieur Thomas J. Boudreau	Sous-ministre Ministère de l'Éducation
Me Jacques Chamberland	Sous-ministre Ministère de la Justice
Monsieur André Dicaire	Sous-ministre Ministère de la Santé et des Services sociaux
Monsieur Robert Lavigne	Directeur général Sûreté du Québec

REMERCIEMENTS

Dans la réalisation de son mandat, le *Groupe de travail sur la lutte contre la drogue* a pris connaissance d'un bon nombre de recherches et d'enquêtes, de même qu'il a analysé les documents d'orientation de diverses provinces canadiennes et de différents États, concernant la question des drogues. À cet effet, il s'est appuyé sur un comité technique qui avait pour tâche de lui fournir les éléments de la problématique et de faire l'inventaire des mesures actuellement en place. Animé par le *Secrétariat à la Jeunesse*, il était formé des personnes suivantes:

du Ministère de la Sécurité publique:	**Serge Roberge** **Carole Michel**
du Ministère de la Justice:	**Michel Bouchard**
du Ministère de la Santé et des Services sociaux:	**Duc Vu** **Claude Arsenault**
du Ministère de l'Éducation:	**Yvon Rodrigue**
du Ministère des Affaires municipales:	**Jacques Fournier**
du Secrétariat à la Jeunesse:	**Johanne Bergeron** **Jacques Auger**
du Secrétariat à la Famille:	**Diane Gagnon**
du Secrétariat à la Condition féminine:	**Francine C. Boivin**
du Secrétariat aux Affaires autochtones:	**Jacques Giguère** **Raymond-Marie Gagnon**
de la Commission de la Santé et de la Sécurité du travail du Québec:	**Joanne Chevrier**
de la Sûreté du Québec:	**Robert Therrien**
du Service de police de la Communauté urbaine de Montréal:	**Alain Saint-Germain** **Jean-Yves Saint-Laurent**
de l'Association des Directeurs de Police et Pompiers du Québec:	**Lorrain Audy** **Normand Bergeron**
de la Gendarmerie Royale du Canada:	**Alphonse Brault** **Jacques Bernard**

Au Cabinet du Premier ministre, Mario Bertrand était conseillé par **Paul Langlois** et **Isabelle Perrault**, à qui s'est jointe **Lise Saint-Jean** au moment de la rédaction.

Dans son appréciation d'un phénomène qui déborde largement les compilations statistiques, le *Groupe de travail* a également tenu à consulter des gens[1] du milieu scolaire, des services policiers, du monde du travail, du secteur de la santé et des services sociaux, tous fortement impliqués, soit au niveau de la prévention de l'usage des drogues, de la répression du trafic ou de la réadaptation des personnes toxicomanes. Ces rencontres ont été déterminantes.

Dans le même sens, on ouvrait aussi la consultation au public en général, en sollicitant sa participation par le dépôt de mémoires[2].

Le *Groupe de travail* tient particulièrement à remercier les personnes et les organismes qui, par les avis qu'ils nous ont fournis ou les entretiens qu'ils nous ont accordés, ont permis l'élaboration d'un rapport plus résolument tourné vers l'action.

À une étape avancée de la rédaction, nous avons également profité de consultations que le président, monsieur Mario Bertrand, a menées privément auprès de trois experts du domaine. Il s'agit du docteur **Julie Bruneau**, chef de service de l'unité de désintoxication à l'*Hôpital Saint-Luc*; de monsieur **Jacques Duchesneau**, directeur des opérations de la région ouest au *Service de police de la Communauté urbaine de Montréal*; de madame **Louise Nadeau**, responsable du Certificat de toxicomanie à la Faculté de l'éducation permanente de l'*Université de Montréal* et présidente du *Groupe de recherche appliquée sur les psychotropes*. Qu'ils en soient vivement remerciés.

En définitive, nous sommes heureux d'avoir pu, dès à présent, associer plusieurs centaines de personnes aux actions qui se dessinent. L'élaboration de ce document aura constitué, de ce fait, un premier exercice de mobilisation.

1 Voir annexe 1.
2 Voir annexe 2.

INTRODUCTION ET RAPPEL DU MANDAT

Comme ailleurs dans le monde, le Québec est aux prises avec un problème de drogues qui s'est accentué, ces dernières années.

La détérioration de la situation mondiale au chapitre des productions illicites et l'usage des drogues illégales s'accompagne d'une escalade des crimes et de la violence qui atteint maintenant un niveau critique[1]. De plus, la toxicomanie est devenue l'une des principales causes des problèmes sociaux et de santé, et elle ne connaît ni les classes sociales, ni le sexe, ni les milieux de vie et touche de plus en plus de jeunes à travers le monde[2].

Depuis plusieurs années, face à l'ampleur du problème, l'*Organisation des Nations-Unies* a mis sur pied trois agences de coordination: la *Commission des stupéfiants* (1946), l'*Organe international de contrôle des stupéfiants* (OICS; 1961), et le *Fonds des Nations-Unies pour la lutte contre l'abus des drogues* (FNULAD; 1971)[3]. Récemment, le Canada, les États-Unis et la France ont chacun réagi[4], faisant de la lutte aux drogues une priorité.

Le 7 novembre 1989[5], le gouvernement du Québec créait le *Groupe de travail sur la lutte contre la drogue,* avec pour mandat:

- **d'analyser et de dresser l'inventaire des mesures prises actuellement par les ministères et les organismes qui oeuvrent dans ce domaine, y compris les organismes bénévoles et les organismes relevant des divers paliers de gouvernement, pour contrer l'usage et le trafic des drogues;**

- **de développer de nouvelles stratégies concertées et coordonnées de lutte aux drogues. Ces stratégies devront être applicables à l'ensemble du territoire québécois, y compris le Nouveau-Québec, et devront tenir compte de l'ensemble des interventions tant au niveau de la prévention et de l'information, que de la répression, de la réhabilitation et de la réadaptation;**

1 Nations Unies. Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants, 1989.

2 Organisation mondiale de la Santé. Communiqué, Genève, 16 février 1990.

3 France - Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie. Lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants. Rapport au Premier ministre (France) présenté par Catherine Trautmann, octobre 1989, 223p.

4 Canada - Approvisionnemnts et Services Canada. Action contre les drogues. Bilan et perspectives nouvelles. Ottawa, 1988; États-Unis - National Drug Control Strategy. Washington, The White House, September 1989; France, *Op. cit.*

5 Décrets numéros 1704-89 et 62-90

- **de proposer au gouvernement du Québec de nouvelles actions de lutte aux drogues et soumettre ces moyens d'actions pour l'exercice 1990-91;**

- **de faire rapport au Premier ministre, au plus tard, en juin 1990.**

Le droit international définit les conditions générales du contrôle des drogues ainsi que leur prohibition du commerce mondial en se référant à une classification qui distingue les stupéfiants *(Convention unique, 1961)* et les psychotropes *(Convention de Vienne, 1971)*; les drogues non mentionnées dans ces listes sont dès lors considérées comme légales, sauf en cas de réglementation par le droit interne de chacun des pays.

Le Canada a ratifié ces ententes et les deux lois qui nous régissent, en la matière, reprennent en grande partie les classifications du droit international:

- la *Loi sur les stupéfiants* vise principalement les opiacés, la cocaïne et ses dérivés, le cannabis et ses dérivés ainsi que certains produits synthétiques;

- la *Loi des aliments et drogues* vise à contrôler l'usage des amphétamines, des métamphétamines, de l'acide lysergique (LSD), de la psilocybine et de la mescaline.

Or, **l'usage illégal des drogues**, qu'il s'agisse d'un usage ***prématuré*** (alcool ou tabac par des mineurs), ***abusif*** (essentiellement l'alcool au volant) ou ***détourné*** (médicaments à des fins non médicales; divers produits à des fins non domestiques), a aussi des effets dévastateurs dont le *Groupe de travail* est conscient, particulièrement au chapitre de l'alcool, en raison de sa large diffusion parmi la population. Dans les délais qui lui étaient impartis, il a cependant choisi de porter prioritairement ses efforts sur **l'usage des drogues illégales**, telles que définies dans ces deux lois, et bien évidemment sur leur trafic.

Par ailleurs, étant donné les liens qui, dans certaines circonstances, existent entre l'alcool et les drogues illicites aux plans des motifs de consommation, des problèmes causés à l'individu et des moyens de prévention et de réadaptation, le *Groupe de travail* s'est aussi avisé de l'usage illégal de l'alcool par les mineurs et de l'utilisation de médicaments à des fins non thérapeutiques[6].

6 Par contre, il ne s'est pas penché sur une question qui concerne davantage le respect des règlements sportifs: dans son plan d'action, le ministère du Loisir, de la Chasse et de la Pêche sera amené à tenir compte des recommandations de la Commission fédérale d'enquête sur le dopage dans le sport.

Ce n'est pas nier l'importance locale du problème que d'évoquer sa généralisation mondiale; ce n'est pas en minimiser la gravité que se comparer là-dessus à certaines villes américaines. Tendanciellement, nous ne sommes pas si éloignés. C'est pourquoi, en raison des conséquences assez terrifiantes que la drogue fait peser sur l'individu et sur la société, le *gouvernement du Québec* se devait d'intervenir avant que le contrôle de la situation ne lui échappe et afin d'éviter la dégradation du tissu social. Voilà donc ce qui a présidé à la formation du *Groupe de travail sur la lutte contre la drogue*.

Première partie:

la situation

SECTION I

L'USAGE DE DROGUES

APERÇU GÉNÉRAL

En Amérique du Nord, à l'instar des principaux pays européens, la consommation de drogues[1] est un phénomène caractéristique des 25 dernières années.

C'est d'abord aux États-Unis, dans les années 1960, que l'usage du cannabis se popularise auprès de jeunes adultes. Parallèlement, et jusqu'au milieu des années 1970, on note l'émergence des drogues de synthèse, plus communément qualifiées de chimiques. À la fin des années 1970, la cocaïne est de plus en plus en vogue auprès d'une population urbaine aisée; au cours des années 1980, son accessibilité s'accroît sur le marché américain tandis que se développent de nouvelles substances, moins coûteuses et plus puissantes. Ce qui jadis était un phénomène marginal ne l'est plus: en 1988, on estimait qu'environ 65 millions d'Américains[2] avaient déjà essayé la marijuana, et plus de 21 millions la cocaïne.

Chez nous, l'évolution de l'usage des drogues suit d'assez près celle observée aux États-Unis. Les années 1960 et 1970 sont caractérisées par l'expansion de la consommation du cannabis et des drogues de synthèse. À la fin des années 1970, la cocaïne se répand et marque les années 1980 de même que son dérivé, le crack, apparu à Montréal en 1989.

Nous nous distinguons toutefois de nos voisins du sud. En 1985, la proportion des personnes de 15 ans et plus, ayant fait usage de cannabis au cours des douze derniers mois, atteignait 3,3 % au Québec, 5,4 % en Ontario et 8,7 % en Colombie-Britannique; soit 5,6 % pour tout le Canada. Aux États-Unis, cette proportion était de 15,4 %. Quant à la cocaïne, 1 % des Québécois en avaient fait usage, suivant en cela la moyenne canadienne, alors que c'était le cas de 2,3 % des gens de Colombie-Britannique et de 6,4 % des Américains[3].

1 Voir annexe 3.

2 Sauf indication contraire, le masculin sera considéré comme épicène. National Institute on Drug Abuse. National Household Survey on Drug Abuse: Population Estimates 1988. Washington, 1989.

3 Les données canadiennes sont tirées de Canada - Santé et Bien-être social. Enquête Promotion Santé Canada: rapport technique Ottawa, 1988, 249p.; les données américaines proviennent du National Institute on Drug Abuse. Research Monograph Series, Drugs in the Workplace: Research and Evaluation Data, Maryland, 1988

On trouvait ainsi, au Québec, environ 160 000 consommateurs de cannabis et 50 000 consommateurs de cocaïne. Or depuis 1985, le nombre d'usagers de ces drogues aurait plus que doublé.

C'est bien la tendance que semble indiquer l'enquête Santé Québec[4]: en 1987, parmi ceux ayant fait usage de drogues illégales plus de cinq fois dans leur vie, 454 000 personnes en avaient consommé au cours des douze derniers mois, soit 8,9 % de la population de 15 ans et plus. Concernant plus spécifiquement la cocaïne, 200 000 personnes en avaient déjà consommé plus de cinq fois. Or ces données ne tiennent pas compte encore du crack, alors absent du marché québécois.

Afin de compléter ce profil de 1987, ajoutons que le cannabis était la plus populaire des drogues (54,3 %); la cocaïne venait au second rang (20,0 %), suivie des hallucinogènes (14 %), des amphétamines et stimulants (10 %) puis de l'héroïne (1 %)[5].

Les consommateurs provenaient de toutes les couches sociales. Ceux qui s'en tenaient au cannabis étaient mieux représentés parmi les personnes à revenus moyens et élevés, tandis que ceux qui allaient aussi vers d'autres drogues se trouvaient en plus forte proportion dans les secteurs à faibles revenus. Mais dans l'ensemble, au moins 19 % des personnes de chacune des catégories socio-économiques avaient fait usage de drogues[6].

Les usagers étaient plus souvent des hommes que des femmes, avec une exception notable dans le groupe adolescent où les filles de 15 à 19 ans étaient proportionnellement plus nombreuses que les garçons du même âge à avoir manifesté ce comportement[7]. À son maximum vers 14-15 ans[8], cet écart se rétablit toutefois dès les 19 ans.

Si vers l'âge de 35 ans le phénomène paraît s'estomper, dans l'ensemble, les jeunes de 15 à 29 ans constituaient la moitié de ceux ayant fait usage de drogues plus de cinq fois dans leur vie, et environ 70 % de ceux qui avaient consommé au cours des douze mois précédant l'enquête[9]. Ils étaient

4 Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. Et la santé, ça va? Tome 1. Enquête Santé Québec 1987, 1988, 337p. À l'annexe 4, on apprend que l'année de l'enquête plus de 984 000 personnes, soit 20,5 % de la population de 15 ans et plus, avaient déjà fait usage de drogues illégales plus de cinq fois au cours de leur vie. Pour la moitié d'entre eux, il s'agissait à la fois de cannabis et d'autres drogues.

5 Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. Document interne.

6 *Ibid.*

7 *Ibid.* Parmi les 15 ans et plus, 23,3 % des hommes et 17,7 % des femmes avaient fait usage de drogues plus de cinq fois dans leur vie, ce qui était le fait de 18 % des garçons et de 21 % des filles.

8 Leblanc, M. et R. Tremblay. "Drogues illicites et activités délictueuses chez les adolescents de Montréal: épidémiologie et esquisse d'une politique sociale", Psychotropes, vol. 3, no 3, hiver 1987, pp. 57-73. Chez les 14-15 ans, 18,4 % des garçons et 24 % des filles avaient fait usage de drogues.

9 Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. Document interne.

également plus nombreux à avoir fait l'expérience de plusieurs types de drogues et formaient la majeure partie des usagers de chacune, y compris l'héroïne et la cocaïne. Enfin, environ 60 % des personnes arrêtées pour possession simple par la *Sûreté du Québec*, en 1986, avaient entre 12 et 30 ans[10].

LA SITUATION DANS CERTAINES RÉGIONS DU QUÉBEC

Bien que répandu sur l'ensemble du territoire, l'usage des drogues affecte inégalement les différentes régions. L'enquête Santé Québec de 1987 et les études effectuées en 1988-89 par des départements de santé communautaire indiquent que Montréal, l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue et la Côte-Nord présentent à cet égard des taux supérieurs à la moyenne provinciale[11].

Par son importance démographique et sa position stratégique pour le trafic de la drogue, la région de **Montréal** connaît des problèmes d'une ampleur particulière.

En progression constante depuis 1984, la cocaïne y est une drogue de prédilection[12]. Lors des audiences de la *Commission de la Sécurité publique* de la *Communauté urbaine de Montréal*, les policiers indiquaient que le nombre de ses usagers réguliers était d'environ 60 000 sur l'Ile de Montréal[13]. Le crack commence aussi à y gagner en popularité, son coût relativement peu élevé attirant les jeunes et les moins nantis.

Une opération conjointe menée au printemps 1990 avec la *Gendarmerie Royale du Canada* et la *Sûreté du Québec* a permis au *Service de police de la Communauté urbaine de Montréal* d'identifier 476 piqueries sur son territoire, lieux de transaction et de consommation généralement destinés à la cocaïne ou à l'héroïne[14].

---

10 Québec - Sûreté du Québec. Documents internes.

11 Voir annexe 5.

12 Service de police de la Communauté urbaine de Montréal. Document interne.

13 Brisson, Pierre. Programme de prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies, région 06A: cadre général. Montréal, Département de santé communautaire, Hôpital Saint-Luc, avril 1989, 154p. De son côté, l'enquête Santé Québec de 1987 estimait que 100 000 personnes de la région de Montréal avaient consommé de la cocaïne plus de cinq fois dans leur vie. Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Op. cit.*

14 Ces données de l'opération NOCES datent du 11 mai 1990; le terme de piqueries renvoie aux *shooting galleries* aussi bien qu'aux *crackhouses*.

La consommation d'héroïne est de même en hausse. En 1985, on évaluait à moins de 5 000 le nombre de ses usagers et actuellement, le *Service de police de la Communauté urbaine de Montréal* l'estime à environ 15 000[15]. Cette croissance rapide peut être imputée à l'introduction d'un produit mis en marché en formats réduits et à moindre coût, devenant ainsi accessible aux non initiés. On a vu depuis augmenter le nombre des jeunes adeptes.

Le recours aux drogues de synthèse et aux médicaments, utilisées à des fins non médicales, y est également répandu. Mais c'est encore le cannabis[16], et notamment le haschisch, qui demeure le plus en vogue.

La **Côte-Nord** occupe une position de vulnérabilité quant à la prévalence de la toxicomanie. On y trouve un pourcentage d'usagers supérieur ou égal à la moyenne provinciale et ce, pour tous les types de drogues[17]. D'après le *Conseil régional de la santé et des services sociaux*[18], cette situation s'expliquerait par un faible taux de scolarisation et un niveau élevé de chômage, et par le poids démographique des jeunes pour qui s'ouvrent peu de perspectives d'avenir.

La région de l'**Abitibi-Témiscamingue** connaît une consommation de drogues supérieure à la moyenne provinciale pour la plupart des substances, particulièrement le cannabis et la cocaïne. Avec un taux de 5,2 %, la proportion des utilisateurs de cocaïne y est la plus importante au Québec, après la région de Montréal (6,2 %). L'usage abusif d'amphétamines, de barbituriques et de sédatifs y est également répandu.

L'**Outaouais** se caractérise par le taux le plus élevé de consommateurs de cannabis. En outre, l'utilisation de tranquillisants sans ordonnance y est marquée[19]. Comme partout, les jeunes sont les principaux usagers. Une enquête[20] révèle que 23 % des étudiants du secondaire consomment du cannabis, soit 3 753 individus, le tiers d'entre eux s'y adonnant sur une base régulière. Quant aux médicaments consommés à des fins non médicales et les

15 Service de police de la Communauté urbaine de Montréal. Documents internes. Pour comparer, notons qu'en 1987, l'enquête Santé Québec révélait que 7 000 Montréalais avaient fait usage d'héroïne plus de cinq fois dans leur vie. Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Op. cit.*

16 L'enquête Santé Québec indiquait en 1987 que 338 000 personnes en avaient fait usage plus de cinq fois dans leur vie. Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Op. cit.*

17 Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Op. cit.* On y indique que 33 % des 15 à 24 ans avait fait usage de drogues plus de cinq fois au cours de leur vie.

18 Allard, Manon. Plan de services sur l'usage et l'abus de psychotropes chez les jeunes de la Côte-Nord. Conseil régional de la santé et des services sociaux, septembre 1989.

19 Olivier, Christine et Denise Couture. Dossier Alcoolisme - Toxicomanie en Outaouais. Département de santé communautaire de l'Outaouais, 1989.

20 Département de santé communautaire de l'Outaouais et Fondation Jellinek. Étude sur la toxicomanie chez les jeunes dans la région de l'Outaouais. Octobre 1985.

drogues de synthèse, ils sont utilisés par près de 9 % des jeunes, suivis de la cocaïne (5 %) et des solvants volatils (4 %). On estime enfin que près de la moitié des usagers de drogues y ont été initiés vers l'âge de 14 ou 15 ans.

Les Cris, les Inuits et les Naskapis constituent la quasi totalité de la population du **Nouveau-Québec** et, en dehors de Shefferville et de la municipalité de la Baie-James, ils contrôlent les organismes locaux et régionaux ayant juridiction sur ce territoire. En 1988-89, un comité interministériel s'est penché sur les problèmes propres au Nouveau-Québec[21] au chapitre de la consommation de drogues et de l'abus d'alcool, de même qu'il a procédé à une révision des activités de prévention en milieu autochtone. L'enquête réalisée auprès des organismes nordiques, des conseils de bande et des municipalités montre que, dans les communautés autochtones, la consommation de drogues n'est pas un phénomène aussi important que celui de l'abus d'alcool[22]. Par ailleurs, l'usage de substances illicites n'y serait pas significativement différent des autres régions et, ici encore, on le trouverait surtout concentré chez les jeunes.

LA SITUATION DANS DIVERS MILIEUX

Tous les milieux sont touchés par la consommation de drogues: ni l'école et les milieux de jeunes, ni le monde du travail ni même l'univers carcéral n'est complètement à l'abri de ce phénomène. Cette réalité inquiète.

LES MILIEUX DE JEUNES

Bien que la drogue affecte diversement les jeunes québécois, ce phénomène fait désormais partie intégrante de leur réalité et de leur environnement quotidien.

L'expérience des personnes oeuvrant auprès des jeunes tend à montrer que les problèmes de toxicomanie les plus importants sont ceux associés à la consommation d'alcool et de médicaments. Plusieurs études confirment ces

21 Québec - Ministère du Conseil exécutif et ministère de la Sécurité publique. Rapport du comité interministériel sur l'abus des drogues et de l'alcool chez les Cris, les Inuits et les Naskapis. Québec. 1989. 49p.

22 Voir annexe 6.

observations[23]. Ainsi, 70 % à 80 % des adolescents de 13 à 17 ans auraient consommé de l'alcool; ils commencent de plus en plus jeunes et sont maintenant plus nombreux à le faire. Lors de nos consultations, les intervenants ont manifesté une vive inquiétude à ce sujet.

Moins répandue et banalisée que l'alcool, la consommation de drogues est le fait de jeunes en provenance de tous les groupes sociaux, et elle est devenue une habitude de vie chez plusieurs. S'il demeure difficile de mesurer l'évolution d'un phénomène illicite, soulignons tout de même qu'en 1967, l'usage de drogues chez les adolescents montréalais de 14-15 ans était évalué à 6 %, alors qu'il était de 21 % en 1985[24]. Ajoutons que cette même année, le portrait d'ensemble de la consommation des Québécois de 15-24 ans (29 %) apparaissait comparable à la situation canadienne (32 %)[25].

L'initiation s'effectue de plus en plus tôt, parfois même dès l'âge de 8 ans mais généralement, l'usage débute à l'adolescence, entre 12 et 17 ans[26]. Déjà 19,4 % des 15-19 ans ont fait usage de drogues, ce qui est le cas de 36,7 % chez les 20-24 ans et de 39,8 % chez les 25-29 ans[27]. La drogue est partout disponible et 72 % des 15-24 ans estiment qu'il est facile de s'en procurer[28]. Pourtant, les jeunes la perçoivent comme l'une des principales menaces auxquelles la santé de leur génération est exposée[29].

Du côté des jeunes en âge de fréquenter l'école secondaire, la consommation de drogues illégales peut toucher de 20 % à 23 % d'entre eux, soit environ 90 000 jeunes. Ils ont pu être sollicités à se procurer et à consommer des drogues en milieu scolaire. De façon générale, on constate cependant que le phénomène s'est en bonne partie déplacé vers des lieux extérieurs à l'école et où il échappe à son contrôle.

---

23 Lamontagne, Y. et R. Élie. Consommation d'alcool et de drogues chez les étudiants du niveau collégial (CEGEP). Comparaison 1978-1984. Cégep de Maisonneuve, 1985; Dumas, Suzanne. La drogue banalisée. Synthèse de recherches sur la consommation de drogues chez les étudiantes et les étudiants québécois. 1984; Lise Roy, Département de toxicomanie, Université de Sherbrooke. Plusieurs autres études, réalisées dans des établissements scolaires de niveau secondaire, vont aussi dans le même sens.

24 Leblanc, M. et R. Tremblay. *Op. cit.*

25 Posterski, Donald C. La jeunesse du Canada: "tout à fait contemporaine". Un sondage exhaustif des 15-24 ans. Ottawa, Fondation canadienne de la jeunesse, 1988, 57p.; Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. Les jeunes adultes. Étude no 2 dans le cadre de l'enquête Santé Québec. 1989, 57p.

26 Beauchesne, Line. L'abus des drogues. Québec, Presses de l'Université du Québec, 1986. et l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ). Qualité de vie et drogues. Place aux jeunes. XIVe Colloque, mai 1985. Chicoutimi, 1986.

27 Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. Les jeunes adultes. *Op. cit.*

28 Posterski, Donald C. *Op. cit.*

29 SORECOM. Les jeunes de 17 à 30 ans: rapport d'étude quantitative. Québec, 1988 (non publié).

On estime que, pour la majorité, l'expérience restera circonstancielle, limitée aux rencontres de groupe et aux occasions de fin de semaine. Mais jusqu'à 15 % des jeunes consommateurs deviendront des usagers réguliers, soit environ 13 000 jeunes[30]. Une étude réalisée dans la région de Montréal montre aussi que la consommation de drogues y est plus marquée chez les adolescents de milieu favorisé (23 %) que chez ceux provenant d'autres milieux (17 %)[31]. Le cannabis demeure le plus populaire, suivi des drogues de synthèse, des barbituriques puis de la cocaïne. Rappelons que les grands utilisateurs de drogues sont souvent des buveurs abusifs d'alcool[32]. À cet égard, plusieurs intervenants constatent depuis quelques années que les problèmes de polytoxicomanie vont s'aggravant.

Du côté collégial et universitaire, on dispose de peu d'enquêtes portant directement sur la consommation de drogues. Les produits en usage sont, là aussi, le cannabis et la cocaïne; 27,3 % des étudiants du collégial rapportent en avoir fait l'expérience et 4,2 % en prenaient régulièrement en 1989[33] tandis qu'en 1982, 4,5 % d'entre eux consommaient du cannabis sur une base occasionnelle[34].

Enfin, la drogue exerce une plus forte emprise auprès de certains jeunes. Il semble en effet qu'une bonne proportion des prostituées, des criminels, des itinérants et des sans-emploi abuse de l'alcool et s'adonne aussi aux drogues, 12 % d'entre eux se les administrant par voie injectable[35].

Parmi les adolescents de 12 à 18 ans traités en centre d'accueil de réadaptation pour troubles de comportement, 39 % présentent un problème important de consommation de drogue[36]. En 1989, une étude réalisée dans cinq centres de réadaptation pour mésadaptés socio-affectifs révèle que 70 % de ces jeunes ont déjà fait usage de cannabis, 51 % de cocaïne, 49 % d'hallucinogènes, 34 % de médicaments psychotropes, 32 % de solvants, 26 % d'amphétamines et 15 % d'héroïne[37].

30 Carrier, Gaby. La toxicomanie juvénile dans la région 03 Québec, CSS, mai 1986.

31 Leblanc, M. et R. Tremblay. *Op. cit.*

32 Département de santé communautaire de l'Outaouais et Fondation Jellinek. *Op. cit.*

33 Noël, Richard. Sondage concernant la consommation de drogue, d'alcool et de médicaments au Cégep Lévis-Lauzon. Services de Santé du Cégep Lévis-Lauzon, 1989, 12p.

34 Lacombe, A. L'usage de l'alcool et des autres drogues par les jeunes dans les écoles et les collèges du Québec. Québec, ministère de l'Éducation, 1983.

35 King, A.J.C. *et al.* Étude sur les jeunes canadiens face au SIDA. Groupe d'évaluation des programmes sociaux, Université Queen's, Kingston, 1989, 198p.

36 Messier, Camille. Les troubles de comportement à l'adolescence. Québec, Commission de protection des droits de la jeunesse. 1989, 287p.

37 Brochu, Serge. La consommation de psychotropes chez les jeunes placés en centre d'accueil. École de Criminologie, Université de Montréal, 1990.

À l'instar de l'alcool, la drogue fait partie du style de vie de certains criminels, et c'est souvent sous son influence qu'ils planifient ou commettent leurs méfaits. Chez les délinquants, l'exécution de délits aura généralement précédé le fait de recourir à des substances illicites. Mais dès l'âge de 15 ans, on compte environ 45 % d'utilisateurs de drogues parmi les jeunes criminels; à 17 ans, cette proportion est de 53 % et elle atteint 80 % à l'âge de 22 ans[38].

LE MILIEU CARCÉRAL

En milieu carcéral, la drogue reste un problème majeur, bien qu'il soit difficile de s'en procurer à volonté. Parmi les personnes incarcérées dans les quelque 6 300 places que totalisent les prisons provinciales et fédérales, on estime que 70 % à 80 % en ont fait usage.

Dans le réseau provincial, le consommateur type est âgé de 18 à 25 ans, aussi bien homme que femme. Il est généralement issu d'un milieu familial perturbé où les parents sont eux-mêmes aux prises avec l'alcool et les drogues. Il est peu scolarisé et a été sans emploi. Conservant parfois depuis l'âge de 12 ou 13 ans, une sociabilité propre à le garder en contact avec la drogue, il est assez peu intéressé à solutionner ce problème[39].

LE MILIEU DE TRAVAIL

La proportion de la main-d'oeuvre consommatrice de drogues est comparable à celle observée dans l'ensemble de la population: les usagers appartiennent encore majoritairement au groupe des 35 ans et moins.

L'enquête Promotion Santé Canada révèle que 9 % de la population en emploi avait fait usage de drogues, principalement de cannabis, au cours des douze mois précédents 1985, ce qui correspond à peu près à la proportion des travailleurs qui en consomment.

Au Québec, il n'existe aucune étude spécifique sur les drogues en milieu de travail et la connaissance du phénomène demeure très intuitive et parcellaire. Lors de nos rencontres avec les représentants du monde du travail, on nous a confirmé cette lacune.

38 Leblanc, M. et R. Tremblay. *Op. cit.*

39 Québec - Ministère de la Sécurité publique. Documents internes.

On s'entend toutefois pour dire que 10 % à 12 % de la main-d'oeuvre s'adonnerait à une consommation excessive d'alcool et de drogues[40]. De même, la polytoxicomanie serait actuellement en progression, affectant 25 % des cas rapportés de travailleurs à problèmes, comparativement à 10 % en 1980[41]. En 1989, 31,5 % des employés ayant eu recours à un programme d'aide ont consulté pour un problème de surconsommation d'alcool, de drogues ou de médicaments[42].

Les consommateurs se concentreraient surtout aux deux extrémités de l'échelle des revenus[43]. En outre, certains facteurs disposeraient à un usage abusif d'alcool et de drogues: le travail en région éloignée ou dans des postes isolés; les emplois qui engendrent un haut niveau de stress et qui exigent de longues heures; le travail qui implique des mouvements répétitifs ou qui suppose un contact avec des substances enivrantes ou intoxiquantes; le travail dans un lieu surchauffé, sec, poussiéreux ou bruyant et celui qui exige des efforts musculaires intenses; les emplois peu valorisants et peu valorisés.

Un sondage réalisé en janvier 1990 auprès de 602 dirigeants d'entreprises québécoises[44] révélait que 60 % d'entre eux considèrent importants, voire critiques, les problèmes liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie; de plus, 73 % d'entre eux jugent que cette situation va s'aggravant. Lors de nos consultations, employeurs et syndicats ont souligné combien ils ont intérêt à se préoccuper du phénomène de la drogue en milieu de travail.

40 On parle ici de consommation qui a lieu ou non durant les heures de travail. Observations faites par la Commission de la Santé et de la Sécurité du travail suite à des rencontres effectuées auprès de représentants du monde du travail.

41 *Ibid.*

42 Painchaud, Claude. L'alcoolisme et la toxicomanie en milieu de travail: les programmes d'aide aux employés et le droit du travail. Commission de la Santé et de la Sécurité du travail, mars 1990, 15p.

43 Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Op. cit.*

44 Arthur Andersen & Co., Results of the 1989 Arthur Andersen, Small Business, Toronto, 1990.

DES FACTEURS EXPLICATIFS

LES MOTIFS

La recherche du plaisir et de la détente (40 %) vient en tête des motifs de consommation de drogues[45], atteignant même 61 % parmi les accusés de possession simple[46]. Cependant, dès lors que la dépendance s'instaure, rompre l'anxiété et les inconforts physiques du sevrage devient la motivation principale.

Différentes théories ont tenté de rendre compte des déterminants de l'usage des drogues. En ce qui a trait aux vulnérabilités biologiques, on a cherché des explications de nature génétique, chimique, neuro-physiologique ou anatomique.

Par ailleurs, les théories psychologiques attribuent le recours aux drogues principalement au manque d'estime de soi. Certaines théories y voient l'expression d'une déficience de la personnalité ou la manifestation d'un trouble psychiatrique plus profond.

Les théories des causes sociales insistent sur les facteurs inhérents au milieu dans lequel les gens évoluent; les habitudes de consommation, l'attitude des parents face aux drogues, l'âge, le sexe, l'ethnie, la classe socio-économique, les croyances, la pression sociale exercée par les pairs. Des études révèlent ainsi que les jeunes consomment surtout en groupe dans une perspective de socialisation. L'usage de drogues et d'alcool au sein de la famille, les situations conflictuelles et le manque d'encadrement et de communication sont de nature à favoriser le recours aux psychotropes. La consommation de drogues peut toucher tout le monde, mais le problème risquera de s'exprimer avec plus de force chez les personnes issues de familles marquées par ces difficultés. Les femmes sont généralement plus susceptibles de développer une consommation excessive de médicaments d'ordonnance, en particulier de tranquillisants, ce qui peut constituer une voie d'entrée pour les drogues illicites. Par ailleurs, celles qui travaillent sont désormais exposées à consommer alcool et drogues dans la même mesure que les hommes dont elles partagent le statut professionnel. Dans un cas comme dans l'autre, le conjoint agira souvent comme l'initiateur aux drogues injectables.

Il n'existe pas d'explication unidimensionnelle au phénomène des drogues; un ensemble de facteurs influence l'individu, notamment *l'accessibilité* des produits et *la tolérance* sociale entourant leur usage. Or des trafiquants

45 Suivent la réduction de la gêne (20 %), l'imitation (10 %), la curiosité (7 %); d'autres motivations viennent loin derrière. Voir Pierre Paquin *in* Pierre Brisson. L'usage des drogues et la toxicomanie. Montréal, 1988.

46 Québec - Sûreté du Québec. Documents internes.

opèrent maintenant à proximité de l'école et des entreprises, sur la place publique et dans les établissements licenciés. La plupart des personnes qui désirent consommer de la drogue peuvent s'en procurer facilement, sans même être connues des vendeurs. La banalisation du cannabis est parfois telle qu'on tend à le comparer au tabac tandis que, dans divers milieux, la cocaïne profiterait même d'un certain effet de mode.

LES HABITUDES

Les habitudes de consommation varient avec le revenu, l'âge, le sexe et le type de drogue utilisée. Les experts établissent des nuances à partir de la fréquence de consommation, du type de drogues et du rapport qu'entretient l'usager avec la substance. On peut distinguer quatre grandes catégories[47]: *les expérimentateurs*, qui s'adonnent à un usage exploratoire, lié à une certaine période de leur vie; *les consommateurs occasionnels*, qui font usage de drogues à des moments précis, en groupe ou lors d'événements particuliers; *les consommateurs réguliers*, qui ont intégré à leur vie quotidienne une consommation dont la fréquence est répétée, et tendent à se rapprocher de ceux qui font de même; *les grands consommateurs* d'une ou plusieurs drogues, et qui sont fort susceptibles d'en devenir dépendants. Ces divers modèles de consommation entraînent des conséquences différentes.

D'après les données de la *Sûreté du Québec* portant sur les personnes accusées de possession de cannabis ou de cocaïne, les deux tiers de ces usagers en consomment au moins hebdomadairement et un peu moins de la moitié en font un usage quotidien[48].

En somme, les problèmes posés par les drogues sont plus complexes qu'ils ne l'ont jamais été. Les produits récemment arrivés sur le marché sont plus puissants et le phénomène de polyconsommation est en croissance dans la population. Cela n'est pas sans incidence sur les modèles de traitement et de réadaptation qui devront nécessairement être adaptés à cette réalité nouvelle.

Si l'on est assuré de sa progression, on parvient encore difficilement à cerner l'étendue du problème et à obtenir un portrait clair de la situation. À combien de nouveaux cas fait-on face annuellement? Quelles en sont véritablement l'incidence et la gravité?

---

47 Cette catégorisation est adaptée d'un travail de Pierre Paquin portant sur les jeunes, rapporté dans Le phénomène-drogue et les jeunes. Document d'information. Québec, Ministère de l'Éducation, 1987. 75p.

48 Tandis que 24,5 % de ces usagers de cannabis et 20,9 % de ces usagers de cocaïne en font une consommation hebdomadaire, respectivement 42,3 % et 44,0 % le font sur une base quotidienne. Québec - Sûreté du Québec, Documents internes.

SECTION II

LE TRAFIC DE DROGUES

APERÇU GÉNÉRAL

Chaque année à travers le monde, des millions de personnes déboursent près de 300 milliards $ US pour satisfaire leur consommation de drogues illicites[1].

Ce trafic est en expansion, notamment aux États-Unis où pour l'année 1989, on estimait sa valeur à 110 milliards $ US[2], les seules saisies de cocaïne y étaient d'ailleurs passées de 26 000 kilos en 1985, à plus de 81 000 en 1989[3]. Or les politiques découlant du *Plan Bush* rendront plus difficiles aux trafiquants la pénétration en territoire américain.

Bien que cela reflète en partie les ressources, l'efficacité et les priorités de l'action policière, l'examen d'indicateurs tels les infractions, les personnes accusées, les quantités de drogues saisies, les prix et la disponibilité des produits sur le territoire peut donner un éclairage de l'ampleur, de l'évolution et de la nature du trafic.

Au Canada, le nombre d'infractions aux lois fédérales sur les drogues a augmenté légèrement depuis 1985, pour atteindre 60 357 en 1988; celles relatives au cannabis ont diminué, passant de 43 803 à 40 484, tandis que celles relatives à la cocaïne ont plus que doublé, pour atteindre 11 177 en 1988. Les mêmes constatations s'appliquent également au nombre d'adultes accusés en vertu des lois fédérales sur les drogues, en hausse de 5 % depuis 1985 mais de façon beaucoup plus marquée en rapport avec la cocaïne et l'héroïne[4].

Pour l'ensemble du pays, de 1985 à 1988, la *Gendarmerie Royale du Canada* et *Douanes Canada* affichent une hausse des quantités de cocaïne (de 109 à 193 kilos) et de cannabis (de 23 000 à 33 000 kilos) saisies[5], cette dernière étant encore la plus répandue et la plus facilement disponible. On doit

1 Nouzille, Vincent. "100 milliards de dollars, où va l'argent de la drogue?" L'expansion . 8/21 février 1990, pp. 48-55.

2 *Ibid.*

3 Willoughby, Deborah. Cocaïne, opium, marijuana: À problème mondial, solution planétaire. U.S. Information Agency, 1988, 60p.; plus une mise à jour des statistiques pour 1989, par le Drug Enforcement Administration (DEA) des États-Unis.

4 Statistique Canada. Statistique de la criminalité au Canada. Cat. 85-205. Ottawa, 1980 à 1988.

5 Voir annexe 7.

également souligner l'importance des saisies d'héroïne par rapport au début des années 1980, en partie attribuable à l'augmentation de la production mondiale d'opium depuis 1987, mais surtout au raffinement de ses modes de distribution. En 1988, le marché de la cocaïne s'est accru à un rythme plus rapide encore qu'auparavant; cette drogue est maintenant importée directement des pays producteurs, sans transiter par les États-Unis.

Au Québec, de 1985 à 1988, le nombre d'infractions aux lois fédérales sur les drogues a augmenté de 15 % par année, pour atteindre 8 718 en 1988. Cela est notamment imputable à l'héroïne, mais surtout à la cocaïne pour laquelle les infractions grimpaient de 1 727 à 3 531. Le nombre d'adultes inculpés en vertu de ces lois est passé de 5 195 à 6 411, soit une hausse de 23 %; pour la cocaïne, ce nombre a plus que doublé, passant de 1 296 à 2 741 accusés[6]. Les accusations pour trafic sont également en hausse; de 1 835 qu'elles étaient en 1985, elles sont passées à 2 588 en 1988[7]. Cette augmentation est particulièrement notoire dans les cas de l'héroïne et de la cocaïne; sur le territoire de la *Sûreté du Québec*, le nombre de personnes inculpées doublait durant cette période, tandis que sur celui de la *Communauté urbaine de Montréal*, les adultes accusés de trafic passaient de 755 à 995.

Au ministère de la Justice, 6 995 dossiers relatifs aux drogues ont été ouverts en 1989, comparativement à 4 997 en 1985. Certains districts sont davantage touchés mais c'est dans la majorité que l'augmentation du volume des dossiers est importante.

Les quantités de cannabis saisies ont atteint une moyenne annuelle de 6 000 kilos, de 1987 à 1989. Durant la même période, les saisies de cocaïne ont été très importantes, atteignant 208 kilos par année[8], et elles sont en augmentation constante tandis que s'est accrue la pureté du produit, tant à l'entrée du pays que sur la rue. L'abondance de cette drogue sur le territoire s'est traduite en une importante baisse de prix et, par rapport au début des années 1980, on enquête maintenant sur des dossiers impliquant des tonnes de cocaïne et non plus un kilo ou quelques grammes. Il est relativement facile de s'en procurer sur la rue, comme en témoignent les opérations d'infiltration. En 1989, le *Service de police de la Communauté urbaine de Montréal* a saisi 110 grammes de crack, une nouvelle forme de cocaïne à fumer; cette quantité peut sembler faible, mais cela tient à la nature du produit.

Les constatations suivantes s'imposent donc pour l'ensemble du territoire: abondance de drogues attestée par une hausse des saisies de tous les produits; importante progression de la cocaïne et arrivée de nouvelles

6 Statistique Canada. *Op cit.*

7 Québec - Ministère de la Sécurité publique. Document interne. 1990.

8 Voir annexe 8.

substances; augmentation de la pureté qui, jointe à une baisse des prix à la consommation, entraîne une demande accrue.

L'ORIGINE DES DROGUES SUR LE TERRITOIRE DU QUÉBEC[9]

LA PROVENANCE

L'**héroïne** est un dérivé du pavot ayant passé les étapes de transformation en opium et en morphine-base. Deux zones géographiques se partagent l'essentiel de la production mondiale d'héroïne: *le triangle d'or* de l'Asie du Sud-Est (Birmanie, Laos, Thaïlande) et *le croissant d'or* de l'Asie du Sud-Ouest (Afghanistan, Iran, Pakistan)[10]. En 1988, *le triangle d'or* a fourni 78 % du marché canadien de l'héroïne.

Les feuilles de coca sont cultivées au Pérou, en Bolivie, au Brésil et en Colombie. Elles sont traitées sur place (pâte-base) puis acheminées en Colombie pour être transformées en **cocaïne** (HCL). Petit producteur, ce pays est néanmoins le centre de raffinage et d'exportation de 80 % de la production mondiale de cocaïne. Avec la Colombie (cartels de Medellin et de Cali), le Pérou et la Bolivie sont les principaux fournisseurs de cocaïne sur le marché canadien.

La production de **cannabis** est beaucoup plus décentralisée. Des dizaines de milliers de tonnes sont produites en Asie (Inde, Thaïlande, Népal), en Amérique (États-Unis, Mexique, Colombie, Jamaïque), au Moyen-0rient (Liban, Pakistan, Afghanistan, Yémen) et en Afrique (Maroc, Kenya). Le haschisch que l'on trouve chez nous est principalement produit au Liban, au Pakistan, en Inde et en Asie du Sud-Ouest tandis que la marijuana provient généralement de la Jamaïque, de la Colombie, de l'Asie du Sud-Est et d'une production locale dont la teneur en agents actifs est très élevée. C'est également le cas de la psilocybine, recherchée pour ses propriétés hallucinogènes, et dont le champignon est habituellement cultivé au Canada.

Avec d'autres organisations criminelles, certaines bandes de motards continuent d'approvisionner chez nous le marché des **drogues de synthèse**. De 1983 à 1988, 39 laboratoires clandestins fabriquant PCP et méthamphétamines furent démantelés, dont 18 au Québec. Distribué ici à partir

9 Canada - Gendarmerie Royale du Canada. Rapport annuel national sur les drogues 1987/88 et indicateurs de tendances d'ici 1990. Ottawa, 1988, 188p.

10 Voir annexe 9.

de Vancouver, Toronto et Montréal, le LSD est quant à lui fabriqué en Californie. La proximité du marché américain favorise du reste la mise en comprimés chez nous de diazépam (dont le plus connu est le valium™), obtenu illégalement de sources licites: fabriqués artisanalement, ces produits ont la particularité de contenir des ingrédients actifs en concentration plus élevée que ceux fabriqués légalement et vendus sous ordonnance. Enfin, les individus qui se livrent au trafic de psychotropes profitent d'un approvisionnement démesuré de tranquillisants, particulièrement appréciés des milieux de la drogue[11].

En modifiant légèrement la structure moléculaire de narcotiques naturels ou synthétiques connus, on obtient des **drogues à formule modifiée**[12], tout aussi légales que du sel de table. Pourtant, si l'on considère par exemple les fentanyls, leur puissance peut être 4 000 fois supérieure à celle de la morphine. Les profits anticipés dépassent l'imagination. Elles se présentent parfois en formats tellement minuscules qu'elles peuvent être absorbées directement par la peau de sorte que, lors du démantèlement de laboratoires clandestins, les policiers auraient à s'équiper comme pour la décontamination de zones radioactives. À la suite d'une transformation de la structure d'approvisionnement en héroïne, en cocaïne ou en métamphétamine, ces produits pourraient faire leur apparition chez nous, déjouant les lois et les contrôles douaniers.

LE TRANSPORT

Tous les moyens sont mis à contribution pour livrer la marchandise[13]. Les voies aériennes sont privilégiées dans les cas de l'héroïne, du haschisch liquide et de la cocaïne. Les aéroports de la région montréalaise constituent les principales portes d'entrée. Les contrebandiers profitent également d'une multitude de pistes d'atterrissage non contrôlées. À partir d'un corridor éloigné de la côte est, les organisations colombiennes effectuent généralement leur approche en survolant les Maritimes; une fois au Québec, ils sont attendus par des complices dans de petits aéroports capables d'accueillir une cargaison de cinq cents à mille kilos, d'où la cocaïne sera distribuée vers les grands centres américains.

Le transport maritime est le principal moyen utilisé pour l'importation au Canada de grandes quantités de cannabis. Mais sur le continent, le transport routier profite également de l'installation de caches sophistiquées à même les

11 Régie de l'assurance-maladie du Québec. Document interne.

12 Traduction libre de "designer drugs"; Service de police de la Communauté urbaine de Montréal - Document interne, 7 mars 1990. Aucune saisie n'en a encore révélé chez nous la présence.

13 Voir annexe 10.

véhicules, ce qui nécessite une surveillance accrue des postes frontaliers avec nos voisins du sud.

Avec son étendue géographique et sa faible densité de population, voilà qui concourt à faire du Québec un pôle d'importation et de distribution de drogues à grande échelle. Une fois les drogues entrées sur le territoire, Montréal devient souvent un point de transit, en particulier pour l'héroïne et la cocaïne destinées au marché américain.

LES TYPES DE TRAFIQUANTS

Le trafic international de stupéfiants a transformé considérablement les structures du crime organisé. Il y a quelques années, il était l'apanage de la mafia et de certaines bandes locales; aujourd'hui, s'y ajoutent plusieurs groupes criminalisés de différentes origines ethniques, à la tête de réseaux sophistiqués et extrêmement bien financés.

Les organisations criminelles qui importent et distribuent chez nous les drogues illégales opèrent principalement à partir de Montréal. Elles utilisent des courriers qui approvisionnent en stupéfiants divers groupes régionaux; les petites quantités sont expédiées via l'autobus, le train, les sociétés postales ou l'avion pour les endroits reculés. Les transactions se réalisent le plus souvent à partir d'établissements licenciés bien qu'à Montréal, prolifèrent maintenant des piqueries à l'usage des toxicomanes.

De façon générale, on peut regrouper les trafiquants sous quatre grandes catégories[14].

Au Québec, le trafic de drogues est généralement sous le contrôle de membres du **crime organisé** qui assurent la distribution dans toutes les régions. Bénéficiant d'organisations bien structurées, leur capacité à financer des transactions importantes leur permet d'importer de grandes quantités de drogues, souvent même sous le couvert d'entreprises légitimes. Depuis quelque temps, ils investissent et mettent en commun leurs ressources afin d'optimiser le rendement financier des mises de fonds; ces cartels vont jusqu'à planifier une forme d'assurance-risque leur permettant de répartir entre eux les pertes subies lors des saisies policières. À la fois importateurs, grossistes et détaillants, ces organisations peuvent vendre à la tonne, au kilo et même au gramme via les points de vente qu'ils contrôlent; elles sont particulièrement actives dans le trafic du cannabis et de l'héroïne. Les trafiquants appartenant à

14 Sûreté du Québec et Service de police de la Communauté urbaine de Montréal - Documents internes.

cette catégorie sont d'origines variées; mais depuis 1985, les arrestations de ressortissants étrangers qui entretiennent des liens avec les pays producteurs se sont multipliées. Ces ramifications internationales permettent en effet au crime organisé d'agir tant dans les pays producteurs que dans les pays consommateurs et, à cet égard, on ne peut ignorer l'existence de liens entre la mafia de Montréal et celles de certains pays d'Amérique du Sud.

Des **bandes criminelles de motards** sont toujours actives dans le milieu. Grâce aux contacts internationaux établis avec des bandes semblables, elles jouissent d'un vaste réseau d'importation et de distribution pour toutes catégories de drogues. Actifs dans plusieurs villes du Québec, ces groupes sont également les principaux producteurs de drogues de synthèse.

Des personnes ayant peu de liens avec les organisations criminelles furent récemment interceptées avec des quantités importantes de drogues. Ni courriers, ni membres de groupes reconnus, les **importateurs privés** cherchent à se constituer un pécule rapidement en achetant d'abord leur drogue à la livre ou au kilo, généralement de la cocaïne et du cannabis. Si le commerce devient suffisamment rentable, ils tentent alors d'en importer, seuls ou en complicité.

Les **trafiquants de rue** sont des vendeurs d'occasion qui achètent leur drogue au jour le jour pour l'écouler sur la place publique, à partir d'un établissement licencié, de leur résidence, de leur lieu de travail ou de l'école qu'ils fréquentent. Présents dans toutes les régions, ils se concentrent parfois afin d'exercer leur commerce dans certains quartiers.

LES LIEUX DU TRAFIC

Les trafiquants sont présents partout: dans les rues et les lieux publics, dans les établissements commerciaux et licenciés, dans les institutions scolaires et à leur périphérie, dans les entreprises et même dans les institutions pénales.

En 1989, 154 enquêtes reliées à des **établissements hôteliers** ont permis l'arrestation de 867 trafiquants, répondant à 2 344 chefs d'accusation[15]. Depuis 1984, à la *Régie des permis d'alcool*, le nombre de fois où un motif indirect a été utilisé pour suspendre un permis, là où la drogue était en cause, a plus que doublé; ce phénomène est beaucoup plus marqué dans le district de Montréal que dans celui de Québec.

---

15 Québec - Ministère de la Sécurité publique. Documents internes.

De 1987 à 1989, à partir d'enquêtes menées auprès d'élèves du niveau secondaire, il a été possible d'identifier 1 558 trafiquants en rapport avec le **milieu scolaire**, et 654 d'entre eux furent poursuivis pour un total de 5 181 chefs d'accusation. Pour ce faire, les services de police ont pu compter sur la collaboration des élèves et de leurs parents, comme du personnel et des autorités scolaires[16].

En 1989, des enquêtes réalisées dans sept entreprises ont mené à l'arrestation de 50 trafiquants, poursuivis en vertu de 141 chefs d'accusation. Lors de nos consultations, plusieurs intervenants ont soulevé ce problème de la circulation de drogues en **milieu de travail**, et des crimes et violence qui lui sont associés.

En **milieu carcéral**, pour les contrevenants qui bénéficient de programmes en milieu ouvert (probation, libération conditionnelle), tous les produits demeurent accessibles. Diverses catégories de drogues, en particulier des médicaments, circulent aussi dans les établissements correctionnels; cette situation est notamment attribuable au volume des entrées et sorties pour les visites et les absences temporaires des détenus.

DES FACTEURS EXPLICATIFS

La perspective de gains monétaires rapides et considérables, l'évolution de la situation internationale, la position géographique du Québec et sa tolérance sociale contribuent à expliquer l'accroissement, chez nous, du trafic de drogues.

Ce commerce est **des plus lucratifs;** la drogue représente un bien de consommation peu dispendieux à produire, pour lequel les usagers développent une accoutumance et dont les revenus annuels sont de l'ordre de plusieurs milliards.

L'**évolution de la situation internationale** vient aussi expliquer l'accroissement du volume de drogues au Québec. À titre indicatif, le Mexique et l'Iran n'ont pas hésité à augmenter leur production de pavot afin de répondre à la demande mondiale. Certains ressortissants étrangers sont parfois donc en mesure d'importer chez nous de vastes quantités de drogues grâce à des contacts qu'ils possèdent dans leur pays d'origine. Également, depuis la mise en application du *Plan Bush*, les frontières américaines sont devenues plus étanches aux pays producteurs, notamment la Colombie, ce qui contribue à provoquer une véritable ruée des exportations vers d'autres pays, dont le

16 Sûreté du Québec - Documents internes.

Canada. Les enquêtes policières et des informations récentes montrent d'ailleurs que les réseaux internationaux pourraient être tentés de passer par le Québec pour rendre leur marchandise à bon port.

Par sa **situation géographique,** le Québec risque de devenir un lieu stratégique de transit pour l'importation de drogues. Son attrait tient à deux aéroports internationaux et à une multitude de pistes secondaires, implantées dans toutes les régions. En outre, la voie fluviale permet aux bateaux de toute provenance d'entrer au coeur des Grands Lacs. Le Québec donne aussi accès à l'Ontario et à l'Ouest Canadien, de même qu'au marché américain, par le biais de sa frontière avec la Nouvelle-Angleterre. Il est ainsi en mesure de recevoir d'importantes quantités de drogues, dont une partie peut être acheminée vers les autres provinces et vers les États-Unis.

Contrairement aux vols qualifiés, aux agressions sexuelles, aux meurtres, le trafic de drogues est souvent considéré, à tort, comme un crime sans violence; d'où une certaine **tolérance** à l'endroit des trafiquants qui donnent l'illusion de gens d'affaires anonymes, dissimulés parmi ceux dont le commerce est légal. Une telle impression est cependant loin de la réalité si l'on considère les luttes féroces pour le contrôle de territoires et les actions violentes pour se procurer l'argent nécessaire à l'achat de drogues; si l'on songe également aux sévices personnels et aux drames sociaux qui s'en suivent.

Sans pourtant connaître le sens de l'interaction entre offre et demande, n'est-il pas plus réaliste de miser sur un contrôle local de la demande que sur la modification de la situation internationale au chapitre de l'offre?

SECTION III

LES CONSÉQUENCES LIÉES À L'USAGE ET AU TRAFIC DE DROGUES

APERÇU GÉNÉRAL

Avec le développement de la polyconsommation, il est maintenant difficile de départager ce qui relève de l'abus d'alcool de ce qui concerne l'usage des drogues. De même, il est impossible de mesurer l'ensemble des coûts liés à la consommation et au trafic de drogues; d'abord en raison du caractère illicite du phénomène, mais surtout parce que certaines conséquences demeurent proprement inestimables telles, par exemple, l'aggravation des conflits familiaux et la dégradation du tissu social.

Certains coûts peuvent toutefois être quantifiés en appliquant, à la situation québécoise, un modèle développé par la *Fondation ontarienne de recherche sur la toxicomanie*[1]. Pour notre système de santé, ils dépasseraient les 818 millions $; les pertes en productivité seraient de l'ordre de 197 millions $; les coûts du système judiciaire atteindraient les 173 millions $. Au total, l'usage et le trafic de drogues[2] auraient entraîné chez nous des coûts qui, en 1988, avoisinaient le 1,2 milliard $.

LA SANTÉ

De façon générale, la consommation assidue et excessive de psychotropes contribue largement à la détérioration de l'organisme humain et à la diminution de ses défenses naturelles face aux maladies[3].

Qu'il s'agisse d'alcool, de drogues ou de médicaments, divers problèmes de **santé physique** découlent de leur mode d'ingestion. Ainsi, l'absorption par voie injectable est souvent à l'origine d'infections graves (cellulites, endocardites, gangrènes). Le partage de seringues souillées est l'une des causes de la propagation du VIH, responsable du SIDA. Entre 4 % et 15 % des toxicomanes montréalais en sont aujourd'hui porteurs. Cela ne doit pas faire oublier que de 35 % à plus de 50 % sont affectés des virus de l'hépatite, évoluant parfois au stade de maladies chroniques.

1 Addiction Research Foundation of Ontario. Statistics on Alcohol and Drug Use in Canada and Other Countries, 1988, Volume II, Statistic on Drug Use. Toronto. 1989. 526p.

2 Voir annexe 11. On parle ici de drogues illégales; cela exclut les drogues légales, soit les médicaments utilisés à des fins non médicales, le tabac et l'alcool.

3 Voir annexe 12.

Les autres modes d'ingestion ne sont pas pour autant exempts de conséquences. La cirrhose, plus particulièrement reliée à l'alcool, est l'exemple connu; mais la cocaïne prise en grande quantité par le nez provoque des perforations de la cloison nasale; la plupart des drogues fumées entraînent des difficultés respiratoires. Bref, la consommation abusive d'alcool, de drogues ou de médicaments affecte l'appareil digestif ainsi que les systèmes cardio-vasculaires, nerveux et respiratoires.

L'usage de drogues présente des risques évidents pour la grossesse, le foetus et l'enfant[4]. Certaines, telles les amphétamines, la marijuana et le LSD, sont tératogènes pour le foetus au premier trimestre, c'est-à-dire qu'elles peuvent provoquer des malformations; d'autres, dont les opiacés, les amphétamines et la cocaïne, occasionnent des retards de croissance intra-utérine. De plus, les opiacés posent des problèmes de désintoxication à la naissance et augmentent de huit fois la mortalité périnatale. Quant à la cocaïne, elle est associée à la mortalité périnatale et à la perturbation du comportement chez l'enfant[5]. Les répercussions de l'alcool sur le foetus sont bien documentées. On sait aussi que, via les drogues injectables, la transmission du SIDA au foetus constitue un risque majeur[6].

L'usage de drogues présente enfin des risques de décès. En 1988, sur 2 124 demandes d'analyse en toxicologie, le *Laboratoire de police scientifique* a repéré 606 cas où des médicaments, des drogues illégales, de l'alcool ou des produits chimiques se sont avérés directement responsables du décès; pour 125 de ces cas, la mort avait été causée par l'usage d'une drogue illégale, principalement la cocaïne. Quant à l'alcool, sa consommation abusive serait reliée à environ 4 000 décès par année au Québec[7].

Le traitement de la toxicomanie n'implique pas seulement l'utilisation de services de désintoxication et de réadaptation, mais exige souvent le recours à des services généraux. En 1987-88, 6 669 personnes ont été admises en centre de soins de courte durée avec un diagnostic principal lié à la consommation de drogues ou d'alcool pour un total de 88 087 jours. En outre, dans 20 603 autres cas d'hospitalisation, le même problème a été mentionné comme diagnostic associé. Durant la même période, 2 337 cas de cirrhose ont nécessité 38 109 jours d'hospitalisation[8]. À eux seuls, ces soins ont alors représenté 40 millions $ auxquels il faut ajouter les quelque 20 millions $ consacrés annuellement à la réadaptation en centre d'accueil.

4 Lepage, Marie-Claire et Madeleine Levasseur. Comité de travail sur la mortalité et la morbidité périnatales. Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1989. 251p.

5 Voir annexe 13.

6 Aux États-Unis, en 1988, 70% des cas de SIDA relevés en pédiatrie impliquaient des mères dépendantes de drogues injectables, ou ayant un partenaire lui-même dépendant de ce type de consommation. Voir The Journal, Addiction Research Foundation, juillet 1989, 1-2pp.

7 Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec: orientations. 1988, 25-26pp.

8 Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. Statistiques internes.

Au plan de la **santé mentale**, la consommation de drogues peut causer une altération du fonctionnement du cerveau et être également à l'origine de troubles psychiatriques sérieux.

La consommation régulière ou excessive d'alcool ou de drogues engendre aussi des conflits familiaux ou, à tout le moins, exacerbe les tensions existantes. Selon des organismes québécois d'aide aux conjoints violents, la violence conjugale et celle exercée envers les enfants et les aînés sont, en partie, liées à ce phénomène. Des données canadiennes nous apprennent que 52 % des femmes battues par leur conjoint déclarent que celui-ci est alcoolique, tandis que 24 % disent qu'il fait usage de drogues[9].

Dans l'ensemble, c'est tout le style de vie des toxicomanes qui compromet leur **équilibre psycho-social**, la dépendance à l'égard des drogues se doublant parfois d'une dépendance face aux institutions. À la perte des liens avec leurs proches ou à la pauvreté des relations qui marque leur existence, viennent se greffer d'autres situations difficiles, au nombre desquelles: l'appartenance à un sous-groupe marginal et l'isolement social; le chômage et l'indigence; la délinquance et la violence; la prostitution et les relations sexuelles à risque; l'itinérance[10].

Ces comportements et leurs conséquences mènent souvent à la perte d'estime de soi, à la dépression, au désespoir, et cela peut conduire au suicide; les tentatives passeraient de 6,4 % chez les jeunes buveurs d'alcool, à 14,2 % chez les usagers de cannabis et à 29 % chez ceux de drogues dures[11].

LA CRIMINALITÉ

La drogue est responsable de 70 % à 80 % des incarcérations: crimes découlant de l'application des lois sur les drogues (possession, trafic); crimes commis sous l'influence de l'alcool ou des autres drogues (viols, violence, homicides); crimes commis pour se procurer des drogues (vols, prostitution).

9 Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme. Pour de vrais amours... Prévenir la violence conjugale. Juin 1987. 33p.

10 En 1984, à Montréal, on estimait que plus de 40 % des itinérants étaient à la fois alcooliques et toxicomanes. Voir Jean-Guy Cormier, "Itinérance et toxicomanie" Intervenants, vol 4, n°3, avril 1988, 11p.

11 Duteau, C., M. Charron et C. Lanoville. Tendances suicidaires et consommation de drogues à l'adolescence. Centre local de services communautaires Le Moulin, 1987. Une étude réalisée à San Diego, en Californie, montre que 66 % des jeunes suicidés ont présenté un diagnostic d'abuseur de drogues. Voir The Journal, Addiction Research Foundation, juillet / août 1989, 12p.

Dans les 11 pénitenciers fédéraux du Québec, on estime que 22 % des 3 400 détenus se sont vus imposer leur peine à la suite d'une condamnation principale relative à la *Loi sur les stupéfiants* ou à la *Loi des aliments et drogues*, ce qui est le cas d'environ 5 % des 2 853 détenus des 24 prisons provinciales. Près de 1 000 personnes sont donc incarcérées pour des accusations directement reliées à l'application de ces lois.

On constate également qu'une proportion croissante des femmes en conflit avec la loi présente des problèmes de toxicomanie. La prostitution constitue un moyen de gagner rapidement l'argent nécessaire à l'acquisition de drogues; inversement, on peut penser que le milieu de la prostitution en favorise la consommation. Une étude réalisée en 1989 dans une prison montréalaise à sécurité intermédiaire pour femmes révèle que pour 25 % des détenues, la prostitution constituait la principale source de revenu avant leur incarcération[12].

Avec l'arrivée du crack en 1989, Montréal a connu une hausse de 40 % de la criminalité à proximité des lieux de consommation. Cela exige une action rapide et énergique de la part des services policiers afin d'éviter que les autorités ne perdent le contrôle et que les trafiquants ne consolident leur commerce, comme cela s'est produit à New York.

Sur le territoire de la *Communauté urbaine de Montréal*, on évalue que près d'un crime majeur sur cinq est relié directement à la drogue[13]: 16 des 98 homicides survenus en 1989 lui sont ainsi attribués. Quant aux vols qualifiés dans les institutions financières, cette activité criminelle est fortement associée à l'usage de drogues ou à la confection d'un pécule permettant d'en financer le commerce.

Dans plusieurs cas, les délinquants et les criminels arrêtés ont indiqué qu'ils cherchaient à se procurer de l'argent ou des biens facilement négociables afin d'obtenir de la drogue; une violence tout à fait gratuite s'exerce parfois lors de la perpétration de leurs crimes, généralement des vols qualifiés chez les petits commerçants, des vols avec violence sur la personne, des vols à l'esbroufe, des vols simples. La violence des trafiquants s'ajoute à celle des usagers; les réseaux actuels sont aux mains d'organisations criminelles disposant d'armes et d'explosifs, prêtes à repousser l'intervention policière ou d'éventuels agresseurs. À titre indicatif, des études[14] estiment que 25 % des homicides commis à New York en 1988 étaient liés à la drogue et qu'en moyenne trois crimes par jour sont commis par chacun des toxicomanes.

12 Hankins, Catherine. Infections au VIH dans une prison à sécurité intermédiaire pour femmes, Québec. Montréal, Centre d'études sur le SIDA, Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal, 1989.

13 On a compté le drame de l'École Polytechnique pour un crime unique. Si la proportion des meurtres imputables à la drogue varie suivant les années, elle demeure toujours importante.

14 Québec - Ministère de la Sécurité publique. Documents internes.

Les effets de la criminalité se traduisent au niveau des coûts de l'appareil policier, du système judiciaire et du milieu carcéral. Mais l'augmentation de la violence notamment tournée contre les femmes, les enfants et les aînés est plus intolérable encore. Cela se répercute sur le milieu de vie de l'ensemble des citoyens: chacune des personnes violentes fait vivre des dizaines d'autres dans la peur.

On sait que la présence de drogues dans le voisinage, la délinquance et la criminalité, la formation des bandes de rue et l'incitation à l'usage constituent des facteurs d'insécurité et de détérioration du climat urbain. L'expression "drogue de rue" illustre d'ailleurs bien l'exposition du phénomène sur la place publique, notamment sur les artères principales des municipalités et dans les endroits que fréquentent les clients éventuels. Voilà qui peut modifier l'image de l'environnement urbain et ajouter au sentiment de prendre des risques en circulant dans certains quartiers.

L'ÉDUCATION

Échecs et décrochages scolaires, démotivation, tensions et conflits familiaux: l'usage de drogues entraîne des changements importants dans la vie personnelle des étudiants, comme elle induit chez eux une perte d'intérêt quant aux choix à faire et quant aux responsabilités à accepter face à l'avenir.

Des sondages réalisés au niveau secondaire révèlent que les consommateurs réguliers disent vouloir abandonner l'école au plus tôt[15]. Une étude canadienne signale aussi que les décrocheurs sont de plus grands usagers de drogues que ceux qui poursuivent leurs études[16]. Bien que pas toujours apparentes, l'intimidation, les menaces et la violence liées au trafic de drogues séviraient également en milieu scolaire.

Au seul chapitre des abandons, les pertes sont déjà considérables. Pour l'individu, une scolarisation déficiente constituera une entrave à la plupart des emplois; pour la société, cet investissement coûteux se traduira en perte nette, la privant d'une partie des diplômés et de la main-d'oeuvre spécialisée qu'elle attendait.

15 Département de santé communautaire de l'Outaouais et Fondation Jellinek. Étude sur la toxicomanie chez les jeunes dans la région de l'Outaouais. Octobre 1985.

16 King, A.J.C. *et al.* Étude sur les jeunes canadiens face au SIDA. Groupe d'évaluation des programmes sociaux, Université Queen's, Kingston, 1989, 198p.

LE TRAVAIL

Selon certains professionnels de la santé, les pertes en productivité liées à l'alcool et aux drogues seraient, à l'échelle canadienne, de l'ordre de 2,5 milliards $ annuellement. Pour les entreprises québécoises, la facture s'élèverait à 492 millions $ par année[17].

On estime que sous l'effet de drogues ou d'alcool, le travailleur diminue de 25 % son rendement habituel. Aussi, l'absentéisme serait plus fréquent, les accidents de travail et les griefs plus nombreux, les réclamations en assurance-salaire plus élevées. D'après une étude américaine, 49 % des employés ayant endommagé du matériel ont admis que ces délits étaient directement liés à la consommation de drogues[18]. Un document de la *Chambre de commerce des États-Unis*[19] dresse un portrait plus précis des comportements attribués, en milieu de travail, à l'usager de drogues:

- il utilise 2,2 fois plus souvent de congés, et 2.5 fois plus souvent des congés d'une durée de 8 jours et plus;
- il est 3 fois plus souvent en retard;
- il est impliqué 3,6 fois plus souvent dans un accident avec blessure, infligée à lui ou à un compagnon;
- il voit baisser sa productivité du tiers.

Toujours selon ce document, des employés en traitement de désintoxication ont révélé que:

- 75 % d'entre eux ont consommé de la drogue en cours de travail;
- 65 % d'entre eux ont reconnu que la drogue affaiblissait leur performance au travail;
- 44 % d'entre eux ont vendu de la drogue à des compagnons de travail;
- 18 % d'entre eux ont volé de l'argent à leurs compagnons de travail pour de la drogue.

En 1984, l'*Association québécoise des personnes-ressources en toxicomanie* estimait que 15 % des accidents de travail étaient liés à l'alcoolisme; ce pourcentage serait plus élevé encore si l'on y combinait les drogues et les médicaments. La *Commission de la santé et de la sécurité du travail* ne

17 Vallières, Martin. "Alcool et drogues: des pertes de 500 millions $ par an pour l'économie québécoise". Les Affaires, vol LXI, n°27, 8-14 juillet 1989.

18 Catlovity, D. The Working Addict. University of New York, 1976.

19 Bernardo, M.A. de. Drug Abuse in the Workplace: an Employer's Guide for Prevention. Washington, D.C., U.S. Chamber of Commerce, 1987.

possède toutefois pas de données permettant d'établir un tel lien de cause à effet. Les inspecteurs de la CSST qui se rendent sur les lieux d'un accident n'ont pas à évaluer la condition personnelle d'un individu; le mandat que leur confie la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* exige qu'ils s'en tiennent aux faits observés et aux risques inhérents au lieu de travail[20].

Comment parvenir à briser le cercle de la dépendance, avec quelque chance de succès, alors même que toutes les dimensions de la vie de l'individu y sont parties prenantes?

20 Robert Diamant, p.d.g. de la CSST, "Présentation de la CSST", rencontre du 29 mars 1990.

Deuxième partie:

les actions

SECTION IV

LES ACTIONS FACE À L'USAGE ET AU TRAFIC DE DROGUES

LA PRÉVENTION

ACTIONS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

En 1987, le gouvernement fédéral mettait en place une ***Stratégie nationale antidrogue, "Action contre les drogues"***[1] et y injectait 210 millions $. À noter que cette somme, répartie sur une période de cinq ans, n'était pas uniquement consacrée qu'à la prévention, puisque des activités de contrôle, de traitement, de réadaptation et de recherche étaient aussi prévues. Ajoutons que ce programme, vise aussi la surconsommation d'alcool.

La *Stratégie nationale* ***regroupe différents ministères***[2], mais c'est celui de la Santé nationale et du Bien-être social qui en assure la coordination globale. Pour l'assister dans cette tâche, il existe un comité consultatif où les provinces se concertent sur l'ensemble des actions à réaliser; le *ministère de la Santé et des Services sociaux* (MSSS) y représente le Québec.

Les actions préventives du ***ministère*** fédéral ***Santé et Bien-être social*** se font via sa *Direction de la promotion de la santé*. Entre autres activités, celle-ci offre un programme de formation des intervenants en toxicomanie, elle assure la distribution de l'information sur les drogues et elle commandite des messages d'intérêt public. Quant aux projets de prévention des organismes communautaires, ils sont subventionnés à même le *Programme d'action communautaire* de la *Stratégie nationale*; au Québec, ce programme est administré conjointement par la *Direction de la promotion de la santé* et les *Programmes aux personnes toxicomanes* du MSSS.

1 Ce programme vise notamment à donner effet aux accords internationaux auxquels le Canada s'est associé: la *Convention unique de 1961*, par laquelle les 106 pays signataires s'engageaient à limiter la production, le commerce et l'usage des drogues aux seules fins médicales et scientifiques; la *Convention des Nations-Unies sur les substances psychotropes*, signée en 1987 et dont l'objectif est de combattre le trafic et l'abus de substances synthétiques qui échappaient aux autres traités.

2 Le ministère des Affaires extérieures, le ministère de la Justice, le ministère du Revenu national (Douanes et accise) et le ministère du Solliciteur général (GRC et Service correctionnel du Canada) ainsi que le ministre d'État à la Jeunesse.

Le ***ministère du Solliciteur général du Canada***, par le biais de la *Gendarmerie Royale du Canada* (GRC), dispose aussi d'un *Programme de sensibilisation du public aux méfaits des drogues*. Trois personnes sont chargées de sa mise en application au Québec; elles assurent tant la coordination des actions que la formation des personnes engagées dans le programme. Un service-conseil pour les intervenants en toxicomanie a été mis sur pied et plusieurs actions préventives ont été développées telles, par exemple, la publication de brochures, la diffusion de messages dans les médias ou la distribution d'affiches. Le public qu'on cherche à rejoindre est toutefois loin d'être spécifique, les activités s'adressant tantôt à de jeunes élèves, tantôt à des comités sociaux ou à des athlètes.

ACTIONS DU GOUVERNEMENT PROVINCIAL

Le ***ministère de la Santé et des Services sociaux*** collabore à l'orientation et la concertation de la *Stratégie nationale antidrogue*. Aux actions déjà mentionnées, ajoutons que dans le cadre de la *Semaine annuelle de prévention de l'usage et de l'abus des drogues* et par le biais de certains de ses conseils régionaux (CRSSS), le ministère réalise aussi des activités médiatiques.

À l'automne de 1987, le ministère mettait en place des structures régionales de coordination de l'action préventive. Depuis, chaque programme régional définit les besoins du milieu en matière de prévention des toxicomanies, établit des priorités, propose des pistes d'intervention et élabore des stratégies d'action. Les perspectives adoptées sont celles de la promotion de la santé et de la prévention primaire[3]. Bien que l'ensemble de la population soit visée, la priorité est accordée aux projets touchant les jeunes.

Toutefois, depuis 1987, ni effectifs nouveaux n'ont été prévus, ni ressources financières nouvelles n'ont été injectées pour que les projets proposés puissent être mis en place. Le ministère s'en est tenu à soutenir certaines actions des intervenants en prévention et à favoriser la participation du personnel de ses établissements à certains projets. Ainsi, des ressources financières vont aux organismes communautaires et la documentation dont le ministère dispose est mise à la disposition des intervenants et de la population. En collaboration avec certains organismes communautaires et les services policiers, des CLSC réalisent aussi des activités de dépistage et de référence ou encore offrent des programmes à des catégories de personnes dont le risque d'usage de drogues est grand, tels les itinérants ou les décrocheurs scolaires. Mais au total, on doit reconnaître et déplorer aujourd'hui que peu d'actions concrètes ont effectivement été réalisées.

3 En prévention primaire, l'intervention vise à empêcher, en l'absence même de symptômes, qu'une situation ou un événement ne survienne.

Pour rendre compte de la prévention à l'école, il n'y a pas lieu de dissocier les actions du ***ministère de l'Éducation*** de celles de l'ensemble du réseau scolaire et, pour réaliser ses actions de prévention, le milieu dispose principalement de trois moyens: les cours, les services complémentaires et le règlement de l'école.

Les cours formels traitant de l'usage des drogues font partie, tant au primaire qu'au secondaire, du *Programme de formation personnelle et sociale*[4]. Pour toute la durée du secondaire, cinq heures d'enseignement sont prévues sur le sujet, tandis qu'échelonnées tout au long du primaire, trois heures y sont consacrées. À ce niveau toutefois, les exigences du ministère ne portent pas tant sur le nombre d'heures, que sur l'atteinte réelle des objectifs du programme. C'est donc dire que certaines écoles y consacrent plus de temps, d'autres moins.

L'école a aussi la possibilité d'offrir diverses activités: rencontres de consultation, journée ou semaine thématique, conférences, témoignages, pièces de théâtre, visionnement d'un film ou d'une vidéo. Ce sont généralement les services complémentaires de l'école qui ont la responsabilité d'organiser de telles activités[5].

Enfin, les écoles disposent du règlement de la vie scolaire qui comporte généralement des clauses sur l'alcool et les drogues, qu'il s'agisse de consommation, de vente ou de possession. En principe, toute dérogation au règlement nécessite une intervention, différente selon que le contrevenant est consommateur ou vendeur[6].

Tels sont les moyens utilisables et, en principe, ils sont les mêmes pour tous les établissements scolaires. Il existe pourtant entre eux des différences importantes: elles peuvent être dues à la situation de consommation et de trafic qui prévaut dans une école donnée, comme elles peuvent être liées à la capacité du personnel de l'école à organiser des actions préventives et d'encadrement des élèves; mais il faut aussi noter que l'application ou la façon d'utiliser les divers moyens reste discrétionnaire. Certaines écoles ont vu diminuer l'importance du phénomène; d'autres connaissent encore de graves situations. N'oublions pas que le problème de la drogue chez les jeunes d'âge scolaire se vit aussi hors les murs, dans la zone périphérique de l'école.

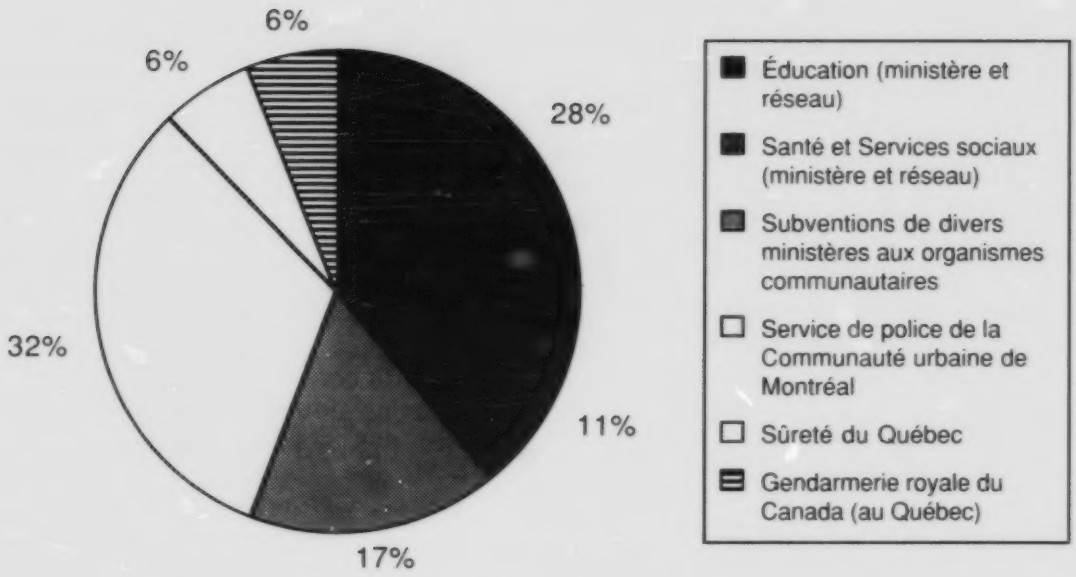
4 Le programme comprend cinq volets principaux: la santé, la sexualité, les relations interpersonnelles, la consommation et la vie en société; le thème spécifique de la drogue se trouve inclus dans le volet sur la santé. À ce programme peut s'ajouter la contribution d'autres apprentissages; c'est le cas notamment des cours d'enseignement moral et religieux et du cours de biologie.

5 Un sondage récent montre que 85 % des commissions scolaires ont réalisé des activités de ce genre au cours des deux dernières années.

6 Les écoles prennent en général contact avec les parents de consommateurs et ces derniers sont également référés, selon les circonstances, à un ou plusieurs des intervenants suivants: la direction de l'école, le travailleur social, le psychologue, l'infirmière, le CLSC ou encore la Direction de la protection de la jeunesse. Quant aux vendeurs, ils sont habituellement référés aux services policiers.

Les écoles, parce qu'elles disposent de leurs propres moyens et peuvent profiter des programmes policiers, s'adonnent volontiers à des activités de prévention; par contre, elles se sentent plutôt démunies dans le domaine du dépistage ou de l'accompagnement des cas-problèmes. En effet, à l'exception des quelques commissions scolaires ayant pris l'initiative de se doter d'un intervenant spécialisé en toxicomanie, le réseau ne dispose pas de personnel spécifiquement formé pour dépister puis aider les jeunes aux prises avec la drogue. Quant aux consommateurs réguliers, ils sont tentés d'abandonner l'école; s'ils décrochent effectivement, les moyens d'intervention sont alors quasi inexistants.

La prévention
(répartition des coûts)*



* Le coût total est évalué à plus de 5 millions de dollars mais n'inclut pas ceux des autres services de police municipaux pour lesquels les données ne sont pas disponibles.

Quant à la ***Sûreté du Québec***, c'est en 1979 qu'elle élaborait son programme d'information et de sensibilisation à la consommation de drogues. On comptait alors toucher autant les adultes que les jeunes, mais c'est finalement surtout en milieu scolaire que ce programme de prévention était réalisé. Après évaluation, de nouveaux programmes sont élaborés en 1987, spécifiquement pour les jeunes. D'abord, un premier projet est mis en place pour le milieu scolaire, plus particulièrement le niveau primaire: au moyen de conférences, les élèves sont informés des conséquences familiales, scolaires, sociales et légales de l'usage de drogues[7]. Puis un autre projet, très restreint, voit le jour pour le secteur des loisirs: collaborant avec une ligue de hockey midget, des policiers-parrains tiennent des séances d'information en début d'entraînement et, tout au long de la saison, lors des déplacements des différentes équipes.

Par sa fonction même, le ***ministère de la Sécurité publique*** est appelé à se préoccuper des problèmes liés à l'usage et à la distribution de drogues. C'est par l'intermédiaire d'une structure en place depuis 1978, les *Comités régionaux de prévention du crime*, que ce ministère a voulu organiser son action préventive dans le domaine des drogues. Au nombre de dix, composés de délégués d'organismes communautaires et d'organismes privés, ainsi que de représentants des municipalités et des services de police, leur coordination est assurée par le ministère, qui assume aussi une partie de leur financement.

Les activités subventionnées par les comités régionaux se présentent sous la forme de journées thématiques, de pièces de théâtre, de concours[8], dont l'objectif est d'informer les jeunes du milieu scolaire, des maisons d'hébergement ou des centres de réadaptation. Les sommes dépensées restent minimes et l'organigramme fonctionne mieux sur papier que dans la réalité.

En résumé, on peut dire que les programmes de prévention les plus visibles et les plus connus sont ceux des services de police. Par ailleurs, à l'intérieur du système d'éducation, l'essentiel des efforts déployés se situe également dans le domaine de la prévention. On y observe toutefois que le temps d'enseignement consacré aux questions reliées à la drogue et à l'alcool ne correspond pas, dans plusieurs cas, au temps suggéré pour donner cet enseignement. Dans ce contexte, on peut craindre que les objectifs du programme de formation personnelle et sociale en matière de drogue et d'alcool ne soient pas véritablement atteints pour une proportion importante des élèves.

7 En 1988, la Sûreté du Québec a tenu 582 conférences: 527 aux élèves, 55 aux parents.

8 En 1989-90, les Comités régionaux de prévention du crime ont subventionné 21 projets sur les drogues. Les régions les plus actives furent l'Estrie, la Mauricie/Bois-Francs, le Saguenay/Lac Saint-Jean ainsi que Québec/Beauce.

ACTIONS MUNICIPALES

En matière de prévention, certaines municipalités disposent de **tables de concertation** regroupant des élus et des fonctionnaires municipaux, des délégués de commissions scolaires et de CLSC ainsi que des représentants d'organismes du milieu. Outre l'identification des problèmes et la mesure de leur ampleur, de telles structures permettent, lorsqu'elles fonctionnent vraiment, d'harmoniser les actions des intervenants.

L'action la plus fréquente est la diffusion d'informations concernant les drogues. Généralement on s'adresse aux jeunes, parfois à leurs parents, puisque les activités d'information ont lieu dans les écoles, les maisons de jeunes, les centres sportifs ou de loisir.

La prévention devrait pourtant s'adapter aux lieux de vente et de consommation de drogues: les parcs, plus particulièrement lors de certaines festivités, certains commerces, tels les bars, les arcades ou les salles de jeux. En ce domaine, les pouvoirs spécifiques des municipalités peuvent parfois s'avérer utiles pour atteindre les objectifs visés. Par exemple, une modification des règlements de zonage ou une vigilance accrue des services policiers municipaux ont, dans certains cas, constitué des mesures de prévention appropriées.

Plusieurs services de police municipaux ont développé leur propre programme[9], certains autres appliquent le programme *Enfants et policiers* développé par l'*Association canadienne des chefs de police*. Ces programmes sont donnés en milieu scolaire et plus particulièrement aux élèves de la fin du primaire ou du début du secondaire[10]; certaines activités sont aussi préparées à l'intention des parents. Disposant de ressources plus importantes, le *Service de police de la Communauté urbaine de Montréal*, en collaboration avec la *Fondation Jean Lapointe*, a pu initier deux actions qui visaient un public beaucoup plus large: une série de 21 émissions de télévision sur les drogues et une campagne publicitaire conjointe avec *Coca-Cola*, *Hygrade* et *Médiacom*.

Bref, au niveau municipal, comme au niveau provincial, les services de police sont, là aussi, les plus impliqués au chapitre de la prévention.

---

9 C'est non seulement le cas des services policiers de grands centres tels Laval, Montréal et Québec, mais aussi de villes comme Baie-Comeau, Boucherville, Brossard, Charlesbourg, Châteauguay, Longueuil, Mirabel, Repentigny, Saint-Bruno, Saint-Hubert, Thetford-Mines, Tracy et Trois-Rivières.

10 Quelques exemples: dans le cadre du plan quinquennal du Service de police de la Communauté urbaine de Montréal, mis sur pied en 1988, 24 policiers du service Police-Jeunesse interviennent dans les écoles, s'adressant aux élèves des trois dernières années du niveau primaire; à Longueuil, le programme de prévention est aussi dispensé uniquement dans les écoles primaires; pour la ville de Québec, c'est aux niveaux primaire et secondaire que cinq policiers oeuvrent à plein temps; à Laval, cinq policiers visitent régulièrement les différentes écoles où, à titre expérimental, ils disposent d'un bureau qu'ils occupent une journée par semaine ou par mois, selon le cas.

ACTIONS COMMUNAUTAIRES

On compte actuellement cinq organismes oeuvrant à l'échelle provinciale. À ceux-ci s'ajoutent 97 organismes communautaires régionaux, dont 34 à Montréal et 17 à Québec[11]. Plusieurs sont regroupés dans le cadre de la *Fédération des organismes bénévoles d'aide aux toxicomanes*. Au niveau régional, certains organismes communautaires ont parfois été associés aux actions gouvernementales; au plan municipal, ils siègent aux tables de concertation des municipalités lorsque celles-ci disposent d'un tel outil.

Plusieurs comités de citoyens ou d'autres organismes, tels le Club des Lions, le Club Optimiste ou les Chevaliers de Colomb, ont été préoccupés par le problème et ils ont organisé des activités de prévention. **C'est sans doute au niveau communautaire qu'il se fait le plus d'actions. Cependant, il n'existe rien nous permettant de les répertorier et d'en connaître l'ampleur exacte.**

ACTIONS EN MILIEU DE TRAVAIL

Depuis quelques années, l'alcoolisme et les toxicomanies ont retenu l'attention des employeurs et des organisations syndicales qui, de plus en plus, se sentent une obligation d'agir en vue de régler ces problèmes. Quelques modalités d'action ont été explorées.

Dans certains cas, les interventions relatives aux toxicomanies sont intégrées aux *Programmes d'aide aux employés* ou PAE. Ces programmes, dont les coûts sont assumés par l'employeur, sont généralement le fait des grandes entreprises. On estime qu'il en existe environ 150 au Québec et que le taux d'utilisation annuelle représente de 1 à 12 % du nombre des employés, pour une moyenne de 4 %. Ces programmes ne sont pas destinés qu'à combattre l'alcoolisme et les toxicomanies, puisqu'ils peuvent être utilisés pour régler tout problème personnel; ils sont toutefois considérés comme un moyen bien adapté aux interventions en milieu de travail.

La mise en place d'un programme de prévention peut aussi être négociée par le biais des conventions collectives. Le nombre de conventions contenant une telle clause est passé de 49 à 128 entre 1985 et 1989. Mais c'est encore peu si on tient compte du fait qu'en 1989, cela ne représentait pas même 4 % des conventions et couvrait moins de 8 % des syndiqués[12].

11 Voir annexe 14.

12 Les données du Centre de recherche et de la statistique du ministère du Travail, sont les suivantes: pour 1985, 49 conventions (soit 1,22 % de l'ensemble) couvrant 20 000 personnes (soit 3,24 % de tous les syndiqués); pour 1989, 128 conventions (3,76 %) représentant 70 000 syndiqués (7,83 %).

D'autres formules sont aussi apparues, depuis les contrats avec des firmes spécialisées en counseling jusqu'à la formation de réseaux d'entraide sur les lieux de travail à l'initiative d'un syndicat[13], en passant par les consortiums d'entreprises pour minimiser les coûts des PAE, et la libération sur le temps de travail de quelques employés faisant de l'information et de la référence. **Quelle que soit la formule adoptée, un programme axé sur la prévention et la réadaptation réussit généralement à réduire de beaucoup l'absentéisme, les accidents de travail de même que les griefs.** Bref, l'investissement est profitable.

LA RÉPRESSION

POUVOIR DE LÉGIFÉRER: UNE COMPÉTENCE FÉDÉRALE

Au Canada, le pouvoir de contrôler, par le biais du droit criminel, la vente et l'usage de drogues ou de stupéfiants, appartient au Parlement fédéral en vertu de la compétence exclusive que lui attribue la *Constitution canadienne* en cette matière.

Les premières dispositions législatives visant à contrôler les drogues ont vu le jour en juillet 1908. Étaient alors principalement visés l'opium, la morphine et ses dérivés.

Deux lois régissent actuellement la possession, la consommation et le trafic des drogues: la *Loi des aliments et drogues* et la *Loi sur les stupéfiants*[14]. La prohibition touche les substances telles la cocaïne, la morphine, l'héroïne, la codéïne, l'opium, l'eucaïne, le cannabis et le haschisch, mais les drogues récemment apparues ne sont pas nécessairement couvertes, surtout si elles ne constituent pas des dérivés de substances déjà interdites; ainsi en est-il du *ice*, dont la composition relève des amphétamines. Dans ce cas, la *Loi des aliments et drogues* prévoit qu'il y a infraction pour trafic ou possession en vue de faire du trafic; mais la possession simple ne constitue pas une infraction et il n'existe alors aucune possibilité de poursuite.

13 Principalement des syndicats affiliés à la Fédération des travailleurs et des travailleuses du Québec.

14 Voir annexes 15.1 et 15.2 La réglementation en vertu de la *Loi sur les stupéfiants* couvre également le trafic de prescription médicale, dit *double doctoring*, qui consiste à se procurer la même ordonnace de stupéfiants auprès de divers médecins.

Jusqu'à tout récemment, la législation en vigueur au Canada rendait difficile, voire impossible, la saisie de biens acquis à même les profits réalisés grâce au commerce de la drogue. De nouvelles dispositions, inscrites dans la *Loi C-61*[15], en vigueur depuis 1989, accordent au Ministère public certains pouvoirs de saisie avant jugement des produits de la criminalité. L'objectif est de décourager le recyclage des produits de la criminalité et la possession de biens obtenus par la perpétration d'infractions, dont celles liées au trafic de drogues. Dans les faits, ces dispositions sont encore peu appliquées.

Finalement, d'autres dispositions relatives au traitement obligatoire des personnes qui se rendent coupables de certains crimes en vue d'assurer leur propre consommation ne sont toujours pas en vigueur, bien qu'adoptées depuis quelques années déjà.

POUVOIR D'ENQUÊTER: ATTRIBUTION DES DIFFÉRENTS SERVICES DE POLICE

Les effectifs de la ***Gendarmerie Royale du Canada*** sont regroupés par divisions provinciales. Au Québec, il s'agit de la *Division C*. C'est là, plus précisément à son quartier général de Montréal, que sont centralisées toutes les opérations contre la drogue survenant sur notre territoire.

La GRC a affecté 144 policiers à son *Programme anti-drogue* au Québec. Ils ont pour tâche de débusquer les principaux trafiquants, de les poursuivre et de confisquer non seulement les drogues en leur possession mais les profits qu'ils en ont tirés. Pour mener à bien certaines de ses opérations, non seulement la GRC doit-elle tirer profit des équipements techniques permettant la surveillance côtière, aérienne ou terrestre, mais encore doit-elle travailler conjointement avec certains ministères fédéraux, les *Forces armées canadiennes* ou les autorités provinciales ou municipales.

Pour contrer l'importation de drogues et parvenir à démanteler certains réseaux, l'échange de renseignements et la collaboration avec les pays étrangers sont évidemment nécessaires. C'est sa *Direction centrale des services à l'étranger* qui l'assure.

Avec les *Services correctionnels du Canada*, la GRC en est notamment à élaborer un projet conjoint visant à contrôler la possession, la consommation et le trafic de drogues à l'intérieur de ses établissements; elle travaille en outre à la formation de quelque 400 spécialistes en enquête économique dont la tâche est, depuis 1981, de retracer le flot des narcodollars.

15 *Loi modifiant le Code criminel, la Loi des aliments et drogues et la Loi sur les stupéfiants.*

C'est au *Service des moeurs* de la ***Sûreté du Québec*** que sont les 233 policiers spécialisés dans les techniques d'enquête sur la drogue et les stupéfiants. Il faut aussi compter les 276 enquêteurs répartis dans les 108 postes du Québec et les 173 personnes assignées à des *unités de support technique*, qui font de la surveillance ou de l'écoute électronique et consacrent environ 90 % de leur temps à la question des drogues.

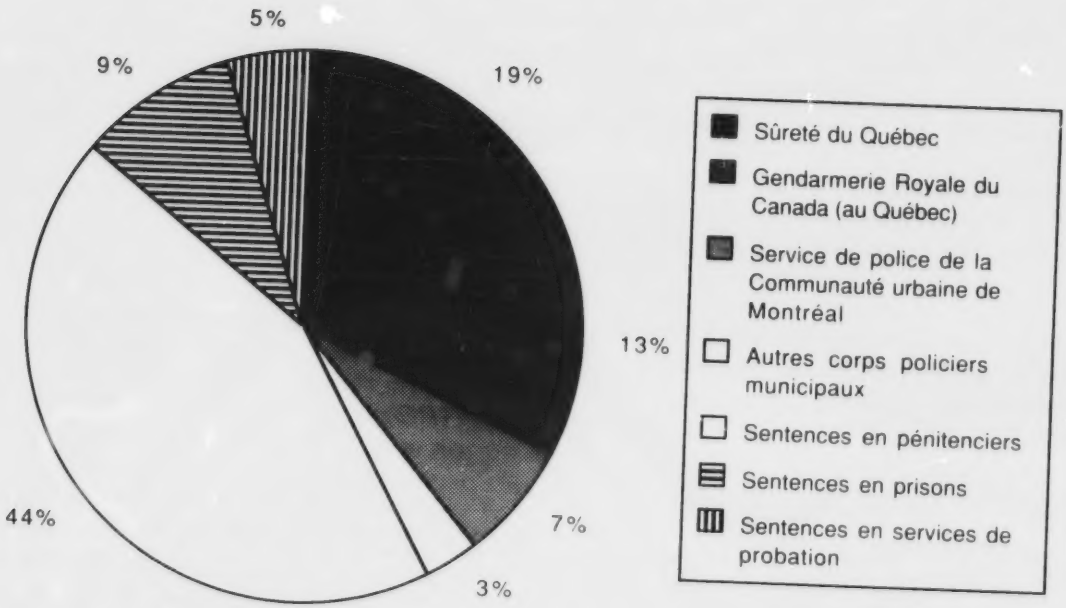
L'action de la *Sûreté du Québec* vise bien sûr les réseaux d'importation et de distribution mais elle s'attaque également aux trafiquants locaux, qu'ils agissent à l'école, au travail ou ailleurs. Pour cela, elle a souvent à travailler en collaboration avec les services policiers municipaux ou avec la GRC.

La formation du personnel est essentielle à l'efficacité et à la performance dans la lutte à la drogue. À cet effet, tous les spécialistes de la Sûreté du Québec ont reçu une formation adéquate et certains d'entre eux ont servi de moniteurs dans le cadre d'un cours dispensé aux enquêteurs des différents postes et au personnel des unités de support technique.

Depuis 1988, le personnel de la *section des stupéfiants* du ***Service de police de la Communauté urbaine de Montréal*** est de 54 policiers; en outre, 24 policiers du service *Police-Jeunesse*, dont l'action est surtout orientée vers la prévention, n'en viennent pas moins gonfler l'ensemble à 78 policiers travaillant d'une façon ou d'une autre à la lutte contre la drogue. C'est toutefois sans compter avec le personnel des unités de soutien technique, affecté par exemple à la filature ou à l'écoute électronique, ni avec les policiers de l'escouade de la moralité ou de la section anti-gang, sans oublier les policiers de certains districts lors d'opérations ponctuelles.

La répression[16]

(répartition des coûts directs)*



* Ces coûts sont évalués à près de 64 millions $.

Les opérations du *Service de police de la CUM* sont orientées tant vers les organisations criminelles d'envergure que les revendeurs de rue. Il est évident que les interventions policières sont plus nombreuses et, souvent aussi, plus importantes quand surviennent des événements comme les festivals ou

16 Étant donné les multiples ramifications de ce type de criminalité et les nombreux niveaux d'intervention, il est à noter que les **coûts directs** reflètent de façon bien incomplète l'effort total consacré à la répression de la criminalité liée à la drogue. Ainsi, ne sont pas comptabilisés les **coûts indirects** tels les dépenses de filature et de transport ou les frais opérationnels et administratifs. Sont aussi exclus les coûts des poursuites judiciaires et des procès, impossibles à déterminer, même approximativement. Toutefois, considérant le travail de préparation et les heures d'audition que nécessitent ces dossiers de la part des procureurs de la Couronne, du personnel de soutien et de la magistrature, il est facile de conclure que ces coûts représenteraient plusieurs millions de dollars. D'autres millions s'ajoutent aussi si l'on calcule que 22 % des détenus des pénitenciers fédéraux et 5 % de la population des prisons provinciales purgent actuellement une peine en rapport direct avec les drogues.

d'autres fêtes et rassemblements populaires. En 1990 toutefois, priorité générale sera donnée à la répression des piqueries et des points de vente du crack, tandis qu'en milieu scolaire sera implanté un programme de dépistage des trafiquants dans les écoles secondaires.

Comme les autres corps policiers, le *Service de police de la CUM* considère importante la formation de son personnel affecté à la lutte contre la drogue; tout comme il juge la concertation et l'échange d'information comme des éléments fondamentaux de la répression des drogues et de la criminalité à laquelle elles donnent lieu.

Les ***différents services policiers municipaux*** n'ont généralement pas les ressources nécessaires pour affecter des effectifs à la répression des réseaux de trafiquants. Leur action est donc dirigée surtout vers les revendeurs de rue et les trafiquants indépendants, d'ailleurs particulièrement actifs en région.

Le nombre de policiers affectés au dossier varie selon les ressources disponibles et, bien sûr, selon l'importance du problème dans un secteur donné[17]. Généralement, les services policiers municipaux transmettent leurs informations à la *Sûreté du Québec* ou à la *GRC*, mais il arrive aussi que des opérations conjointes soient menées.

POUVOIR DE POURSUIVRE: UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

Ainsi que nous l'avons vu plus haut, le pouvoir de contrôler l'usage et la vente de drogues est du ressort exclusif du Parlement fédéral mais, quand vient le temps d'intenter des poursuites criminelles, les lois confèrent aux procureurs généraux des provinces une juridiction concurrente avec celle du Procureur général du Canada.

Les ***substituts du Procureur général du Québec*** sont des avocats mandatés par lui et qui agissent en son nom. On en compte environ 300 au Québec[18]; mais seulement huit sont spécialisés en matière de drogues. La poursuite est établie en fonction des infractions au *Code criminel*, à la *Loi des aliments et drogues* ou à la *Loi sur les stupéfiants*. Quand des mineurs sont impliqués, la poursuite est alors intentée en vertu de la *Loi sur les jeunes contrevenants*.

Des 7 000 dossiers de drogues traités annuellement, tous n'ont pas la même gravité. En 1988, dans le district judiciaire de Montréal, il fut décidé que les poursuites les plus importantes seraient toujours confiées à une même équipe,

17 Notons, à titre d'exemple, que Québec dispose de quatre enquêteurs et Laval de sept. Les villes de Beauport, Brossard, Gatineau, Hull et Mirabel, par leur proximité d'un grand centre ou d'un aéroport ont dû être actives dans le dossier des drogues.

18 Ils couvrent 97 points de service, permanents et itinérants, et traitent annuellement 150 000 dossiers criminels.

composée de trois procureurs spécialisés en matière de drogues. Les critères retenus pour déterminer l'importance d'un dossier comprennent la gravité de l'infraction, la place de l'accusé dans la hiérarchie d'une organisation, la complexité de la preuve, la clientèle présumée de l'accusé (des écoliers, par exemple) et le corps policier chargé de l'enquête. La création d'une telle équipe a donc favorisé le développement d'une expertise en la matière et elle a permis d'établir une politique de traitement des dossiers. Par son effet centralisateur, le contrôle et le suivi des dossiers est facilité, ce qui aura éventuellement un effet dans l'adoption de positions cohérentes concernant les sentences et les remises en liberté.

À l'heure actuelle, cette équipe reçoit des dossiers de la *section des stupéfiants* et de la *section anti-gang* du *Service de police de la CUM*; elle en reçoit aussi de la *section des stupéfiants* et de la *section de répression du banditisme* de la *Sûreté du Québec*.

L'abondance des dossiers de crack a obligé l'équipe à modifier ses critères de sélection pour les autres dossiers. Par exemple, dans les cas de cocaïne, la norme initiale régissant la quantité était de 75 grammes et plus; elle a été portée à 150-200 grammes. Désormais, les cas impliquant des quantités inférieures à cette nouvelle norme ne sont plus confiés aux procureurs spécialisés de cette équipe.

En région, le manque d'effectifs spécialisés oblige parfois le bureau de Montréal à y dépêcher des procureurs. Or les régions frontalières ou situées à proximité d'aéroports ont connu une augmentation importante du nombre de dossiers reliés à la drogue.

LA RÉADAPTATION[19]

APERÇU GÉNÉRAL

L'intervention en désintoxication et en réadaptation se fait généralement dans des établissements publics qui relèvent soit des *centres hospitaliers*, soit des *centres d'accueil de réadaptation*. Ils peuvent aussi être offerts par les cabinets de médecins. Depuis quelques années, de plus en plus de ressources privées offrent des services apparentés. Cependant, d'un endroit à l'autre, les services médicaux sont offerts de façon très inégale.

19 Sous la seule appellation de réadaptation, est regroupé ici tout un ensemble de services: les interventions de première ligne (tels le dépistage, l'accueil, l'évaluation et l'orientation ainsi que les services en désintoxication), les interventions de réadaptation et les services de suivi.

Publics ou privés, les services ont généralement été créés pour des personnes ayant un problème de surconsommation d'alcool; par la suite, ils furent adaptés aux problèmes de toxicomanie. Dans l'un et l'autre cas, ils visent à permettre l'affranchissement de la dépendance, soit à l'alcool, soit aux drogues.

Ces services sont dispensés sur une base résidentielle, lorsque l'hébergement temporaire s'avère nécessaire, ou sur une base externe, lorsque les conditions de vie de l'individu le permettent et que son milieu de vie est favorable. La durée du traitement en interne varie de une à six semaines, mais peut même aller jusqu'à un an dans le cas des communautés thérapeutiques.

La méthode thérapeutique du réseau public s'appuie sur une approche bio-psycho-sociale; tandis que le secteur privé s'inspire davantage des 12 étapes élaborées par les *Alcooliques anonymes*. Certains centres, publics ou privés, offrent des programmes spécifiques, soit pour les femmes, soit pour les jeunes. Là où des programmes pour les adolescents ont été développés, une collaboration avec différentes ressources résidentielles peut être établie si, temporairement, les jeunes doivent être retirés de leur milieu. Dans l'ensemble toutefois, le nombre de places s'avère insuffisant par rapport aux besoins.

À tous les niveaux d'intervention, l'ensemble des actions en réadaptation est souvent avantageusement supporté par les bénévoles et les organismes communautaires.

ACTIONS DU GOUVERNEMENT PROVINCIAL

C'est sous la juridiction du ***ministère de la Santé et des Services sociaux*** et à partir d'un budget annuel de l'ordre de 29 millions $, que fonctionnent les 83 points de services publics de réadaptation[20], soit 13 *centres d'accueil de réadaptation*, 14 *unités de réadaptation en centre hospitalier de soins de courte durée*, 6 services de désintoxication en *centre hospitalier* et, rattachés à l'un ou l'autre de ces centres, l'ensemble des points de services externes. De plus, le ministère contribue financièrement aux services offerts par quelques centres privés et certains organismes communautaires oeuvrant dans ce domaine.

Les services généraux de première ligne, tels l'accueil, l'évaluation et l'orientation, sont offerts par les *centres hospitaliers de soins de courte durée*; ces mêmes services devraient être offerts par les *centres locaux de services communautaires*, mais jusqu'ici peu d'entre eux l'ont fait. Certains médecins, en cabinet privé, assurent aussi la prise en charge ou la référence des personnes en situation de besoin.

20 Voir annexe 16.

Au total, le réseau public comprend 73 places réservées à la désintoxication et 470 places en réadaptation; en 1988-89, des services externes de réadaptation ont été dispensés à environ 10 500 personnes, tandis que 4 500 autres bénéficiaient de services internes. Les services aux jeunes, offerts dans trois centres du réseau[21], sont tout à fait récents, ne datant que de 1989.

ACTIONS DU SECTEUR PRIVÉ

De façon générale, les ***ressources privées*** sont surtout situées dans les agglomérations urbaines. De la cinquantaine de centres existants[22], deux ont développé des programmes pour adolescents[23]; cinq en ont développé à l'intention du milieu correctionnel[24].

En 1987, plus de 5 000 personnes ont eu recours aux services du secteur privé, surtout offerts sur une base interne. Beaucoup plus de personnes sont touchées si l'on tient compte des groupes d'entraide de grande envergure, tels les *Alcooliques anonymes* ou les *Narcotiques anonymes*, qui s'avèrent des intervenants précieux dans ce domaine.

Il faut noter que dans le secteur privé, les services sont généralement offerts contre rémunération; cependant, rien ne permet de garantir la qualité des services: ces ressources n'ont pas à demander de permis, aucune réglementation n'existe et aucun contrôle n'est exercé. Certaines d'entre elles sont excellentes, d'autres par contre laisseraient grandement à désirer.

Dans l'ensemble de ces actions, rien ne permet de rendre compte de la dynamique sociale qu'une politique gouvernementale devrait encourager. La question se pose tout particulièrement de savoir comment il convient d'animer le milieu socio-politique sur la question des drogues.

21 Ils sont offerts dans les établissements suivants: le Centre de réadaptation Alternatives, le Pavillon André Boudreau et le Centre de réadaptation Montérégie.

22 Voir annexe 17.

23 La Maison Jean Lapointe de Québec en service externe et, au Saguenay/Lac Saint-Jean, le Havre-du-fiord en service résidentiel.

24 Réhabilitation Beauce, dans la région de Québec; la Maison Mélanie et la Résidence Le Rivage, dans la région des Trois-Rivières; la Maison Henri-Lavoie, au Saguenay/Lac Saint-Jean et le programme Le Portage à Montréal.

SECTION V

BILAN DES ACTIONS

LA PRÉVENTION

LE PUBLIC TOUCHÉ

Si l'on songe aux individus visés par la prévention, le bilan est relativement simple: les **jeunes du milieu scolaire** constituent la cible principale; que les activités de prévention soient organisées par le réseau scolaire ou par des intervenants extérieurs au réseau, elles sont presque toutes concentrées en milieu scolaire.

Dans l'ensemble du réseau scolaire, le *Programme de formation personnelle et sociale* constitue le moyen institutionnel pour éduquer les jeunes du primaire et du secondaire face aux drogues, mais il souffre de lacunes évidentes. D'abord, l'application du programme varie en qualité et en intensité d'une commission scolaire à une autre; il faut aussi reconnaître avec les enseignants, qu'ils n'ont pas tous la préparation voulue pour aborder ce sujet avec aisance et qu'une instrumentation pédagogique plus pertinente leur fait défaut. Le milieu scolaire ne dispose pratiquement d'aucune ressource spécialisée en toxicomanie afin d'apporter une aide particulière aux élèves déjà aux prises avec un problème de drogue. En matière de prévention, il y a donc lieu d'envisager une contribution de l'école qui soit plus consistante et mieux articulée.

Quant aux autres activités de prévention tenues dans l'école mais organisées par des intervenants extérieurs - le plus souvent par les services policiers, mais aussi par des organismes communautaires ou des intervenants isolés - elles sont nombreuses, mais on constate qu'elles ne peuvent toujours produire les résultats escomptés et avoir des effets durables, faute de concertation suffisante entre les partenaires.

Hors du milieu scolaire, les activités de prévention sont rares. Quelques percées des services policiers ont été constatées dans le domaine du loisir pour les jeunes. En milieu de travail, bien qu'on observe une préoccupation grandissante à l'égard des problèmes liés à l'alcool et aux drogues, on ne peut encore compter que quelques initiatives syndicales ou patronales. Dans le monde du travail, l'action est davantage centrée sur la résolution du problème que sur la prévention qui, lorsqu'elle existe, est peu adaptée aux situations particulières.

Parmi **les oubliés de la prévention**, il faut compter les étudiants des niveaux post-secondaires, les parents et les jeunes hors de l'école et du milieu de travail.

Les jeunes des milieux collégial et universitaire sont effectivement négligés. À moins que dans le cadre de leur cours ils n'aient à être formés dans le domaine ou informés du sujet, fort peu de choses sont prévues pour eux. Peu de campagnes d'information leur sont destinées et les établissements d'enseignement semblent plutôt miser sur l'entraide par les pairs.

Il est très difficile de rejoindre les jeunes hors de l'école et sans emploi. Il n'existe aucun programme spécifique de prévention pour eux et il y a peu de chances que les autres programmes puissent les atteindre.

Quant aux adultes qui, en tant que parents, pourraient jouer un rôle important dans les domaines de la prévention et du dépistage, ils sont peu soutenus et informés. Bien que certaines séances d'information en milieu scolaire leur soient effectivement destinées, peu d'entre elles mettent l'accent sur ce rôle de partenaires qu'ils pourraient tenir dans la lutte à la drogue. Même les parents directement intéressés, parce que déjà aux prises avec le problème, n'ont pas facilement accès à des informations pratiques.

LES ACTEURS DE LA PRÉVENTION

L'action préventive en toxicomanie a reposé jusqu'à maintenant sur la bonne volonté et l'initiative de multiples intervenants. Mais outre un certain nombre de spécialistes et de bénévoles, jusqu'à maintenant on a surtout compté sur les enseignants et les policiers pour agir la prévention.

Du côté des principaux corps policiers, ils ont pu tabler aussi bien sur leurs connaissances des drogues que sur leurs ressources numériques pour former un certain nombre d'intervenants. Et l'on a pu constater qu'ils sont largement présents dans les activités de prévention en milieu scolaire et parmi les seuls à intervenir dans le secteur du loisir.

Quant aux enseignants, à qui il incombe d'amener les élèves à maîtriser les objectifs du *Programme de formation personnelle et sociale* et qui ont à coeur de favoriser le développement de comportements responsables chez leurs élèves, ils se sentent souvent démunis et peu outillés pour aborder efficacement le problème des drogues.

Enfin, les intervenants du réseau de la Santé et des services sociaux apportent une aide aux activités réalisées dans les écoles. Dans certains établissements scolaires, c'est même le personnel infirmier ou de travail social, souvent rattaché aux *centres locaux de services communautaires*, qui prend l'initiative d'organiser des activités de prévention. Dans l'ensemble toutefois, les actions des intervenants du réseau sont sporadiques.

L'ORGANISATION DE L'ACTION

Une démarche de structuration de l'action préventive avait été amorcée par le ministère de la *Santé et des Services sociaux* et c'est dans ce cadre que, récemment, furent implantés des programmes régionaux de promotion de la santé et de prévention en toxicomanie. Au cours des deux dernières années, certains *conseils régionaux de la santé et des services sociaux* y ont joué un rôle actif. Toutefois, pour orienter l'ensemble des actions régionales et les coordonner à d'autres initiatives locales, il n'existe ni structure de coordination inter-régionale, ni perspective inter-sectorielle. De plus, une orientation provinciale globale fait défaut.

C'est aussi au niveau régional que les actions des *comités de prévention du crime* devraient être coordonnées, mais cette coordination est restée plus théorique que réelle. Quant aux municipalités, dont certaines disposent pourtant de "tables de concertation", c'est justement la concertation entre les divers intervenants qui y demeure le principal problème.

Bref, il semble bien qu'un certain nombre de **structures** aient été pensées, mais **certaines sont inopérantes tandis que d'autres se dédoublent plus ou moins**, vivant dans une relative étanchéité les unes par rapport aux autres. Mais au-delà des structures, c'est l'**absence d'une perspective d'action à l'échelle provinciale** qui constitue le manque le plus flagrant. Régler cette situation permettrait non seulement d'orienter l'action, mais assurerait sans doute que des groupes à risque ou des partenaires potentiels ne soient oubliés.

LA RÉPRESSION

Le succès des efforts de répression du crime est directement tributaire de l'efficacité d'intervention à tous les niveaux, depuis l'enquête policière jusqu'à l'emprisonnement; la faiblesse de l'un ou l'autre palier peut mettre en péril les efforts des autres. Force est pourtant de constater en ce moment un certain déséquilibre entre la capacité d'enquête des forces policières et la capacité des systèmes judiciaire et correctionnel à absorber, pour l'un autant d'accusés, pour l'autre autant de détenus.

Du côté des services policiers, on note une prise en charge du phénomène de la drogue et une organisation du travail qui, dans une certaine mesure, ne sont pas étrangères aux succès relatifs de leurs opérations des dernières années.

Un plus grand effort de concertation entre les différents corps policiers permettrait toutefois d'éliminer le chevauchement des enquêtes. De plus, la répartition formelle des tâches n'est pas toujours bien définie entre les corps policiers, avec pour résultat que certains services municipaux ne disposent d'aucune ressource affectée spécifiquement au contrôle de la drogue et qu'ils s'avèrent impuissants à mener une lutte efficace sur leur propre territoire.

Pour les substituts du Procureur général, le nombre de dossiers et leur complexité se sont considérablement accrus. Les trafiquants utilisent des modes d'acheminement et de mise en marché de plus en plus sophistiqués; il en résulte que les preuves exigées du *Ministère public* sont de plus en plus longues, complexes et onéreuses à établir.

Les nouvelles dispositions du *Code criminel* visant les profits réalisés par la commission d'un crime pourraient avoir un effet dissuasif certain. Elles nécessitent cependant de longues enquêtes et de longues heures de préparation de dossiers, ce qui a pour effet d'allonger considérablement les procès et d'annihiler le but recherché par la législation. À toutes fins utiles, elles sont actuellement difficilement applicables.

La recherche de sentences exemplaires pour les trafiquants exige aussi du *Ministère public* de longues heures, afin d'étayer des preuves touchant aux conséquences sociales de la drogue. Or les substituts du Procureur général ont déjà une charge de travail considérable et seulement quelques-uns d'entre eux possèdent une formation spécialisée dans ce domaine spécifique. Si, déjà, ils ne peuvent traiter beaucoup de dossiers parce que monopolisés par ceux qui nécessitent plus de préparation, il devient évident que le traitement de l'ensemble des affaires relatives à la drogue en souffre.

Quant au système correctionnel, il est actuellement l'objet d'un achalandage tel, qu'il est devenu difficile de gérer les sentences. Le manque de places et de ressources amène les responsables à libérer des contrevenants avant même que la sentence purgée ait eu l'effet dissuasif recherché. Cette situation fait perdre de son efficacité à l'ensemble des efforts faits pour réprimer la criminalité liée à la drogue, sans compter qu'elle affecte la crédibilité du système de justice criminelle et pénale.

Depuis quelques années, le nombre des accusations relatives à la *simple possession* a diminué. Peut-être cela est-il dû au fait que les systèmes judiciaire et correctionnel fonctionnent à capacité maximale depuis un certain temps déjà, mais c'est aussi parce qu'**il s'est instauré une tolérance sociale, d'abord à l'égard des usagers occasionnels qui s'est ensuite élargie à l'ensemble des usagers**. Or comment pense-t-on faire vraiment échec au trafic si, en bout de ligne, on encourage indirectement le consommateur?

LA RÉADAPTATION

Ce sont les établissements de première ligne, notamment les *centres locaux de services communautaires* et les *centres hospitaliers* qui devraient dispenser les services d'accueil, d'évaluation et d'orientation à toute personne dans le besoin. Ce sont les *centres hospitaliers* qui devraient prendre en charge les personnes en état d'intoxication et s'assurer qu'elles reçoivent les soins requis par leur état. Quant aux programmes de réadaptation, ils sont dispensés tant par des établissements publics que des centres privés.

Dans le domaine de la toxicomanie, on constate que ce n'est pas partout au Québec que les établissements de première ligne peuvent offrir des services satisfaisants; tandis qu'en réadaptation, même en combinant les ressources du réseau public à celles du privé, on remarque aussi des lacunes importantes, notamment quant à l'accessibilité des services.

Dans le réseau public, les établissements sont débordés. Mais qu'il s'agisse de centres publics ou privés, les services disponibles ne sont pas toujours adaptés à certaines toxicomanies ou à certains types d'usagers. Par exemple, l'insuffisance de programmes destinés aux adolescents et aux jeunes adultes constitue une lacune importante.

Par ailleurs, on dénote un manque de coordination et une absence de complémentarité dans les services offerts; entre autres, une absence de services médicaux pouvant fonctionner de pair avec des services de réadaptation. À cela, il faut ajouter une répartition régionale bien inégale, à tel point que certaines régions du Québec sont nettement sous-développées en cette matière.

Du côté des centres privés, plusieurs offrent des services complets de réadaptation, d'autres ne font que de l'hébergement. Même si certains sont des partenaires précieux du réseau public, il reste qu'ils ne sont soumis à aucun contrôle de la qualité de leurs services.

Si les institutions et les organismes sont lacunaires, les individus qui y travaillent ne manquent ni de bonne volonté, ni de motivation pour leur travail, ni d'intérêt envers ceux dont ils s'occupent. Ce sont certes là des atouts importants. Toutefois, la valeur ne peut toujours suppléer au nombre ni même à la formation. Et malheureusement, on note des déficiences dans la formation du personnel, tant dans le domaine médical que social. Cette lacune est observable également dans les centres hospitaliers, chez le personnel qui doit faire face aux cas liés à la toxicomanie.

Dans les écoles, il serait tout aussi important qu'il y ait du personnel formé en toxicomanie. Car en plus d'élaborer des actions préventives, il faudra prévoir certaines interventions directes auprès des élèves déjà aux prises avec un problème de drogues.

En somme, le manque de ressources est un problème important en réadaptation mais, comme dans les autres volets, c'est surtout **le manque de concertation et de coordination** entre les différents niveaux et secteurs d'intervention qui est flagrant.

Cela vient rappeler la **nécessité d'un leadership** en la matière **et d'une politique d'ensemble** permettant d'articuler les unes aux autres la prévention, la répression et la réadaptation. Le leadership politique et la concertation pourraient alors être garants de **la mobilisation de la population** - sinon celle-ci demeurera plus ou moins tiède face à un phénomène dont elle ne saisit bien, jusqu'ici, ni l'ampleur ni toutes les conséquences - et c'est cette mobilisation qui **permettra** en retour **que les actions aient un impact réel**, surtout en matière de prévention.

L'INFORMATION ET LA RECHERCHE

Il n'existe actuellement aucun réseau de personnes bien formées, installées en des lieux précisément identifiés, faciles à contacter, qui auraient pour tâche spécifique de combler les besoins du public en information et même d'offrir certains services de référence. Soulignons qu'un certain nombre de personnes possèdent déjà une formation d'intervenant dans ce domaine, formation acquise dans l'une des universités dispensant le certificat en toxicomanie: l'Université de Montréal et l'Université de Sherbrooke.

Ces personnes peuvent apporter leur concours à la résolution du problème; par contre, elles ne sont pas formées pour faire de la recherche. Or, du côté de la recherche, des déficiences importantes sont à noter.

D'abord, le manque de chercheurs; ceux-ci sont trop peu nombreux et, de plus, ils sont isolés. Il n'existe en effet aucun lieu leur permettant d'articuler et de conjuguer leurs efforts. Ensuite, on constate un manque important de recherches sérieuses d'épidémiologie, d'étiologie sociale et d'évaluation de programme; pour les recherches existantes, on doit noter l'absence de ligne directrice traversant l'ensemble des projets. Finalement, la centralisation de certains résultats de recherche et de documentation sur l'alcool, les drogues et les toxicomanies serait importante.

Troisième partie:

des solutions

SECTION VI

LES PRINCIPAUX CONSTATS

L'USAGE

Pour dessiner avec justesse le profil des usagers et aider à orienter les actions, on ne dispose d'**aucune enquête statistique récente**, pas plus qu'on ne dispose **d'indicateurs stables des tendances**. On sait toutefois que:

Pour l'ensemble du Québec, **le nombre d'usagers est en hausse**, pour la consommation de certaines drogues, et la plus forte proportion de consommateurs se trouve chez les 15 à 29 ans.

Les usagers **commencent à consommer de plus en plus jeunes**, soit entre 12 et 15 ans.

Une trajectoire de consommation se développe souvent selon une séquence qui mène de l'alcool ou des médicaments à des drogues de plus en plus puissantes.

Les polytoxicomanies se sont multipliées. Se procurer des drogues est de plus en plus facile et les coûts de certaines d'entre elles ont diminué. Les usagers réguliers de drogues illicites consomment aussi de l'alcool et des médicaments.

La drogue est consommée dans tous les milieux, elle n'est plus réservée au seul monde interlope, ni aux milieux marginaux.

LE TRAFIC

Le trafic s'est accru et le marché des drogues s'est diversifié. À court terme, le nombre de trafiquants sera trop grand par rapport à la demande et on risque de voir se multiplier les guerres de territoires. Mais il ne faut pas oublier que la violence est générée autant par le trafic que par l'usage.

Le nombre de grands trafiquants s'est accru aussi: c'est un marché lucratif et il est en expansion depuis les 20 dernières années.

Le nombre de consommateurs-trafiquants ne cesse de croître parce que nourrir une toxicomanie coûte cher et que c'est souvent au prix du trafic qu'ils peuvent consommer.

LES CONSÉQUENCES

Le phénomène-drogue reflète un problème de société. En retour, il affecte aussi notre société dans son ensemble, mais certains secteurs en sont plus particulièrement touchés.

L'usage de drogues constitue un problème de santé réel: au-delà de la dépendance physique et psychologique, il y a toute une série de problèmes physiologiques qui se développent de façon concomitante à la toxicomanie; il y a également tous les désordres mentaux ou les troubles psychiatriques qu'il peut engendrer.

L'impact négatif se traduit par une **dégradation de la qualité de vie des proches**: des tensions se créent qui débouchent souvent sur la violence, les revenus s'épuisent tandis que la probabilité d'activités criminelles augmente.

Une large part de la criminalité est imputable à l'usage et au trafic de drogues, non seulement parce que usage et trafic contreviennent directement aux lois, mais parce qu'une proportion importante des autres crimes commis est en rapport avec le trafic ou est due à la consommation de drogues.

En coûts directs et indirects, **les toxicomanes et les trafiquants coûtent cher économiquement**: ils monopolisent largement l'action de l'appareil policier, ils paralysent une partie de notre système judiciaire et ils engorgent notre système carcéral; ils drainent une grande partie des ressources de notre système de santé en même temps que les pertes en productivité qu'ils induisent affectent directement notre économie.

En coûts directs et indirects, **les toxicomanes coûtent cher socialement** parce qu'en bout de piste cela mène, entre autres, vers le chômage, la maladie, la pauvreté, souvent aussi vers la violence et le crime.

Les coûts en qualité de vie et en vies humaines sont exhorbitants, non seulement par les maladies chroniques ou virales, les suicides, les morts accidentelles et les meurtres qu'on peut associer au phénomène-drogue, mais aussi par le nombre des personnes dont l'avenir familial, social et professionnel est hypothéqué.

IL EST URGENT D'AGIR

SECTION VII

LES PISTES D'ACTION

Les coûts sociaux liés à l'usage et au trafic de drogues sont considérables à tous égards. C'est ce qui décide de l'urgence d'agir. Mais quelles actions cela commande-t-il?

L'État a la responsabilité d'assurer la protection de la santé publique, la prévention du crime et le maintien de l'ordre social. Or sur ces plans, face à la drogue, l'action gouvernementale risque d'être vite dépassée par l'évolution de la situation. S'il est nécessaire d'injecter aujourd'hui des ressources nouvelles, il s'impose surtout d'optimiser celles déjà en place.

Mais ce n'est pas uniquement une question de ressources. Ce n'est pas, non plus, une question strictement gouvernementale. Le développement de la toxicomanie est un problème de société qui résulte globalement d'une interaction entre l'usage et le trafic de drogues: la lutte doit se livrer simultanément sur le front de l'offre comme sur celui de la demande.

Le leadership exercé par l'État ne saurait donc déboucher sur un monopole de l'action. Les citoyens et les municipalités, les organismes privés et communautaires, les spécialistes et les bénévoles sont autant de partenaires indispensables et ils doivent être mis à contribution dans le cadre d'une action concertée. Cela situe aussi le niveau où les interventions sont susceptibles d'avoir le plus d'impact.

Ces actions doivent aussi avoir une portée plus large et plus durable. Nulle société ne saurait consentir à banaliser l'usage des drogues et à tolérer son trafic. La formulation d'un message clair, véhiculé socialement, suppose bien l'énoncé préalable d'une politique consistante. Surtout, elle doit pouvoir compter sur une mobilisation sociale sans équivoque.

- **Adoptant une position énergique contre l'usage et le trafic de drogues, le gouvernement doit reconnaître l'urgence d'agir à la fois sur l'offre et sur la demande, de même qu'il doit assumer plus efficacement son rôle face aux victimes et face aux criminels.**

- **Affirmant son intolérance face au phénomène, le gouvernement doit reconnaître la nécessite de miser sur la mobilisation sociale, de même qu'il doit exercer son leadership dans le cadre d'une action concertée.**

- **Considérant que son action doit avoir un effet durable, le gouvernement doit signifier clairement sa détermination à agir dans le sens de la prévention et de la promotion de saines habitudes de vie saines, particulièrement auprès des individus à risque.**

SECTION VIII

Les nouvelles avenues

Dans la lutte contre la drogue, la prévention est une préoccupation de toute première importance. C'est toutefois en s'appuyant sur les populations locales que les actions de prévention offrent les meilleures chances de réussite. La MOBILISATION au niveau local nécessite cependant que chaque palier de gouvernement (municipalité régionale de comté, ville, village ou canton et commission scolaire) y consacre les ressources requises, soit pour réaliser des projets concrets dans le milieu, soit pour mobiliser les intervenants communautaires ou supporter les organismes de la communauté. La mobilisation ne pourra être efficace que si les actions des administrations locales et régionales en matière de prévention sont CONCERTÉES et COORDONNÉES entre les divers niveaux d'intervention. Afin d'inciter les gouvernements locaux à assumer leur responsabilité dans la mobilisation de la population et en vue d'assurer la coordination et favoriser la concertation, il est recommandé:

1- **que le gouvernement du Québec mette à la disposition des administrations locales et régionales un soutien technique et financier qui leur permette de réaliser leurs activités de lutte à la drogue en conformité avec les orientations gouvernementales; de confier aux *Conseils régionaux de la santé et des services sociaux* le mandat de dynamiser les différents partenaires locaux et régionaux, de coordonner l'ensemble de leurs actions de prévention et de s'assurer que les activités soient élaborées dans une perspective multi-sectorielle et en fonction des orientations adoptées par le gouvernement en matière de lutte à la drogue.**

L'abus de drogues et l'alcoolisme affectent aussi les communautés amérindiennes et inuit. Il est toutefois nécessaire que les populations concernées reconnaissent elles-mêmes l'ampleur et la gravité du problème et décident des actions à entreprendre pour le régler. L'implication des autorités politiques et administratives locales est donc nécessaire. Un plan d'action tenant compte de cette participation et des conditions culturelles spécifiques des autochtones a déjà été proposé en 1989. C'est pourquoi, il est recommandé:

2- **que le gouvernement du Québec voit à la mise en application du plan d'action inscrit dans le *Rapport du comité interministériel sur l'abus des drogues et de l'alcool* du ministère de la Sécurité publique et du ministère du Conseil exécutif.**

Il est nécessaire d'augmenter les efforts consacrés à l'éducation des jeunes au regard de la drogue et d'améliorer la coordination des actions des divers intervenants en milieu scolaire. Et pour que les interventions de ces derniers soient efficaces, il est nécessaire aussi de les appuyer et de les outiller adéquatement. À cet effet, il est recommandé:

3- **que le ministère de l'Éducation, les commissions scolaires et les établissements d'enseignement privés rendent disponibles des personnes-ressources, spécialisées en toxicomanie, afin qu'elles assurent la réalisation d'activités de prévention dans les écoles et qu'elles puissent aussi y faire le dépistage et le soutien des jeunes aux prises avec un problème d'alcool ou de drogues;**

4- **que le ministère de l'Éducation révise, dès cette année, les éléments d'apprentissage et les fiches d'enseignement sur les drogues illégales du *Programme de formation personnelle et sociale* des niveaux primaire et secondaire afin de tenir compte de l'importance accrue des drogues illicites et de les adapter aux besoins actuels en matière d'information et de prévention; qu'à cette occasion, le ministère repère le matériel didactique d'appoint (vidéocassettes, brochures, etc.) ou le réalise si nécessaire et qu'il s'assure de sa distribution auprès des enseignants;**

5- **que le ministère de l'Éducation regroupe l'enseignement formel sur la drogue en quatre temps forts: 4e ou 5e année du primaire; 1ère, 3e et 5e années du secondaire; que le temps d'enseignement formel consacré au sujet soit porté à 17 heures; qu'à ce temps formel s'ajoute un ensemble d'activités complémentaires de formation et de sensibilisation (conférences, journées thématiques, campagnes de prévention, etc.);**

6- **que le ministère de l'Éducation, les commissions scolaires et les établissements d'enseignement privés accordent priorité au perfectionnement des enseignants du cours de *formation personnelle et sociale* afin de s'assurer que ceux-ci maîtrisent le contenu et les objectifs du programme en matière de drogues et d'alcool; qu'ils offrent aux autres enseignants et aux professionnels non enseignants la possibilité d'acquérir les connaissances de base en matière de prévention, de dépistage et d'intervention dans le domaine;**

7- **que les commissions scolaires et les établissements d'enseignement privés s'assurent que les objectifs du *Programme de formation personnelle et sociale* sur les drogues et l'alcool soient effectivement atteints; qu'à cet effet le ministère, en collaboration avec les commissions scolaires et les établissements d'enseignement privés, fasse une évaluation périodique des interventions sur le sujet et relance périodiquement les préoccupations de cette thématique;**

8- **que le ministère de l'Éducation, les commissions scolaires et les établissements d'enseignement privés voient à mettre en place, pendant deux années consécutives, une campagne générale d'information destinée à l'ensemble des élèves ainsi qu'un programme de formation/information à l'intention des parents.**

Les actions de prévention et de référence en milieu collégial et universitaire ont été négligées; il y a donc lieu de corriger la situation. À cet effet, il est recommandé:

9- **que chaque direction d'établissement d'enseignement supérieur mette en place un programme de prévention et d'éducation aux problèmes de la drogue et des toxicomanies et que des mesures d'intervention rapide soient prévues afin d'aider les étudiants aux prises avec le problème;**

10- **que le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science s'assure, auprès de chaque établissement, de la mise en place et de l'application de ces programmes.**

Les jeunes qui ne sont pas insérés en milieu scolaire ou en milieu de travail, tels les décrocheurs ou les itinérants, sont parmi les plus vulnérables et le risque est grand qu'ils se fassent prendre dans un système de consommation et de délinquance. Les actions destinées à la prévention les rejoignent difficilement. C'est pourquoi il est recommandé:

11- **au ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'au Secrétariat à la Jeunesse de favoriser et d'appuyer des programmes alternatifs qui rejoindraient les jeunes dans les lieux qu'ils fréquentent (les parcs, les arcades et les centres commerciaux, entre autres) et viseraient à recréer chez eux un sentiment d'appartenance à la communauté; qu'à cet effet, une aide technique et un support financier soient accessibles aux organismes communautaires, pour leur permettre d'élaborer et de réaliser des programmes d'activités adaptés, mettant à contribution les maisons de jeunes et les *services de loisirs*, ainsi que des équipes de *travailleurs de rue*, dont certains sont des interlocuteurs privilégiés.**

Pour sensibiliser l'opinion publique, favoriser le développement de comportements responsables et, ultimement, enrayer la consommation des drogues tout en suscitant la mobilisation sociale face aux actions proposées précédemment, il est recommandé:

12- **d'utiliser au maximum tous les véhicules de communication gouvernementaux et para-gouvernementaux et d'encourager la participation des divers médias d'information à faire connaître les dangers des drogues et proposer des alternatives à leur consommation en s'adressant, selon les cas, soit à l'ensemble de la population, soit à certains groupes bien ciblés à cause des risques particuliers ou élevés qu'ils peuvent présenter.**

Étant donné le manque d'information facilement et rapidement accessible en tout temps à l'ensemble de la population, il est recommandé:

13- **au ministère de la Santé et des Services sociaux de mettre en place une ligne téléphonique d'information et de référence, accessible 24 heures par jour et 7 jours par semaine en composant le 1-800-DROGUES.**

Il a été démontré que de nombreux établissements constituent des lieux de rassemblement propices au commerce de la drogue. Pour y éliminer la vente et la consommation de drogues, il appert que la suspension et la révocation des permis afférents à l'exploitation d'un établissement sont des moyens efficaces. À cet effet, il est recommandé:

14- **que les gouvernements concernés amendent les lois et les règlements dont ils ont la responsabilité de façon à ce qu'un permis d'exploitation, notamment les permis délivrés en vertu de la *Loi sur les permis d'alcool*, puisse être suspendu ou révoqué s'il est démontré que, de façon habituelle, un tel endroit sert de lieu de possession, de consommation ou de trafic de drogues ou de stupéfiants.**

Une lutte efficace contre la drogue passera par une actualisation des sanctions envers les usagers, dont l'objectif sera de créer un effet dissuasif; ce qui ne pourra être atteint que si les sanctions sont socialement pénalisantes pour les consommateurs. C'est pourquoi il est recommandé:

15- **que le ministère de la Justice du Québec et les autres ministères ou les organismes gouvernementaux concernés, après en avoir vérifié la faisabilité, modifient les lois et les actualisent, dans la mesure du possible, par des sanctions alternatives et désincitatives pouvant s'appliquer aux usagers, selon la gravité de l'offense ou la récidive.**

La lutte aux narco-trafiquants est de la plus haute importance pour tous les services de police présents au Québec. En vue d'assurer leur efficacité maximum, il est recommandé:

16- **d'exiger du Bureau de recherches québécois sur le crime organisé de mandater un comité de coordination, formé de représentants de l'Association des directeurs de polices et de pompiers du Québec, de la Gendarmerie Royale du Canada, du Service de police de la Communauté urbaine de Montréal et de la Sûreté du Québec, et ayant principalement pour fonctions:**

- **de développer des outils permettant un échange fructueux de renseignements entre les services policiers;**

- **de tenir des rencontres entre les responsables de bureaux d'enquêtes criminelles en vue d'établir leurs priorités d'action respectives et d'identifier entre eux des individus et des groupes cibles;**

- **de faciliter, lorsque requis, la mise sur pied d'opérations conjointes et de projets spéciaux contre de grandes organisations de narco-trafiquants;**

- **de fournir assistance aux services de police municipaux dont les effectifs sont restreints, en vue de leur donner accès à des ressources humaines, techniques et matérielles pour lutter contre le trafic des drogues sur leur territoire.**

En raison du nombre croissant de dossiers relatifs aux drogues et aux stupéfiants ainsi que leur complexité accrue, en raison aussi de la nécessité de présenter des preuves bien étayées, tant sur le crime reproché que sur la sentence proposée, le système judiciaire connaît présentement des difficultés dans l'application de la loi. Afin de rétablir la situation, il est recommandé:

17- **que le ministère de la Justice établisse des équipes de substituts du Procureur général spécialisés dans la lutte contre les drogues, dans toutes les régions où le nombre de dossiers le justifie; qu'il développe des lignes de conduite visant à sensibiliser davantage l'ensemble des substituts à la nécessité d'accorder une attention toute particulière aux dossiers relatifs aux drogues et aux stupéfiants, notamment au niveau des preuves sur sentence;**

18- **que le gouvernement du Québec fournisse aux différents intervenants des systèmes judiciaire et correctionnel les ressources humaines, matérielles et financières requises pour leur permettre de suivre la cadence des services policiers et ce sur l'ensemble du territoire québécois, y compris le Nouveau-Québec;**

19- **que le gouvernement du Québec obtienne du gouvernement fédéral le pouvoir pour les provinces de s'adresser aux tribunaux en vue de demander, à leur profit, la confiscation des biens qui constituent des produits de la criminalité ainsi que des biens ayant servi à la commission de crimes reliés aux drogues, suite aux saisies effectuées par les services de police provinciaux et municipaux; que, le cas échéant, le gouvernement du Québec verse le produit de ces confiscations dans un fonds spécial servant à financer les efforts du ministère public et des autres intervenants dans leur lutte contre la drogue;**

20- **que le gouvernement du Québec intervienne auprès du gouvernement fédéral pour que soit étudiée, de concert avec les provinces, la possibilité de mettre en vigueur, dans les meilleurs délais, les dispositions prévues à la *Loi sur les stupéfiants* concernant la détention préventive et la détention pour fins de traitement et, qu'à cette fin, les ressources nécessaires soient créées pour répondre aux besoins, selon un programme à être mis en place sur une période de quatre ans.**

Une lutte efficace contre la drogue passe aussi par la reconnaissance de la gravité du crime commis et par l'application intégrale des sentences prononcées contre les coupables. C'est pourquoi il est recommandé:

21- **qu'aux fins d'admission à la libération conditionnelle, le trafic de drogues illégales soit traité comme un crime violent et qu'en conséquence les mêmes critères rigoureux soient appliqués; que la Direction des services correctionnels du Québec s'assure que les sentences prononcées contre les trafiquants soient purgées jusqu'à leur terme.**

On ne peut ignorer l'existence de problèmes importants liés à la consommation de drogues en milieu carcéral. Pour enrayer le trafic en milieu carcéral et favoriser la réadaptation des détenus aux prises avec un problème de consommation de drogues, il est recommandé:

22- **que la Direction des services correctionnels établisse un programme rigoureux de contrôle du trafic de drogues dans les prisons provinciales;**

23- **de s'assurer que les toxicomanes du milieu carcéral et des services de probation puissent avoir accès, en toute confidentialité, à des services de santé, de réadaptation et de relation d'aide adaptés à leur condition, afin d'intervenir sur les facteurs de risque pour la santé, de les aider à entreprendre une démarche de sobriété et de prévenir la rechute; que ces services soient accessibles, conformément au protocole d'entente sur les soins de santé, intervenu en 1989 entre le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux.**

Ayant constaté un manque de formation de base en toxicomanie pour la grande majorité des professionnels (médecins, infirmières, éducateurs, psychologues, travailleurs sociaux ou policiers) qui oeuvrent auprès des toxicomanes et des clientèles à risque, il est recommandé:

24- **au ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science, de revoir les programmes d'enseignement supérieur pour y insérer des cours sur la toxicomanie, pour toutes les techniques ou les professions dont on sait que les gradués auront éventuellement à travailler avec des consommateurs de drogues; de s'assurer que des programmes de formation continue en toxicomanie leur soient offerts ensuite;**

25- **au ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science et au ministère de la Santé et des Services sociaux, de favoriser, pour les professionnels de la santé et des services sociaux, l'accès à des stages dans des centres de désintoxication et de réadaptation;**

26- **au ministère de la Santé et des Services sociaux, de s'assurer que les équipes multidisciplinaires de première ligne possèdent les compétences permettant d'offrir les services d'accueil, d'évaluation et d'orientation à toute personne aux prises avec un problème de drogues.**

Le contrôle de la qualité des services en réadaptation doit se faire à partir de normes et de critères portant notamment sur les installations, les programmes et le personnel. Ceux-ci garantissent une certaine uniformité dans la qualité et minimisent les risques d'exploitation. C'est pourquoi, il est recommandé:

27- **que des normes de qualité soient édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et qu'elles soient appliquées à tous les services de réadaptation, que ceux-ci soient dispensés dans des établissements publics ou par des ressources privées; que les services de réadaptation qui répondront aux normes et aux critères édictés soient reconnus par l'émission d'un permis ou par une accréditation; que les services accrédités soient classifiés dans un répertoire spécifique distribué partout où sont dispensés des services de première ligne;**

28- **que le ministère de la Santé et des Services sociaux voit à ce que les dispensateurs de services de réadaptation disposent des outils nécessaires à l'évaluation de leurs programmes.**

Les services de réadaptation ne disposent pas toujours de programmes adaptés ni du nombre suffisant de places permettant de répondre aux besoins de certains groupes spécifiques, dont les jeunes et les minorités ethniques. Pour corriger cette situation et augmenter l'accessibilité aux services, il est recommandé:

29- **que le ministère de la Santé et des Services sociaux voit à ajuster les ressources de traitement et de réadaptation selon les besoins mais, comme première étape et dans un délai de 24 mois, qu'il voit à les augmenter et à les répartir de la façon suivante:**

- **ajouter 40 points de services externes de réadaptation, répartis de façon à les rendre accessibles dans les régions les moins bien pourvues, et que ces services soient rattachés à un centre de réadaptation;**

- **pour les jeunes de moins de 25 ans: ajouter 150 places en foyer de groupe, d'une capacité maximum de 6 personnes chacun, et 75 places en programme résidentiel; que ces foyers ou ces programmes soient rattachés ou intégrés à un centre de réadaptation déjà existant;**

- **pour les personnes présentant certaines complications médicales en phase de désintoxication: ajouter 60 places en centre hospitalier, surtout en région à forte concentration urbaine, et y adjoindre les services médicaux externes correspondants;**

- **pour les personnes qui, en phase de désintoxication, nécessitent de la surveillance mais pas de soins médicaux: créer 60 places dans des unités de désintoxication non médicale, de 5 à 10 places chacune, et que ces unités soient rattachées à un centre de réadaptation ou à l'unité de réadaptation d'un centre hospitalier.**

Bien qu'on n'en connaisse pas l'ampleur exacte, l'usage et le trafic de drogues en milieu de travail constituent une situation qui n'en est pas moins inquiétante. Les *programmes d'aide aux employés* et les réseaux d'entraide représentent actuellement des moyens bien adaptés pour corriger les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie. Afin de sensibiliser les entreprises, de les inciter à s'engager dans la lutte contre la drogue et de les amener à instaurer de tels programmes pour leurs employés, il est recommandé:

30- **au ministère du Travail de créer, en collaboration avec des représentants d'entreprises et de syndicats, un centre de référence afin de fournir à ceux-ci les outils et le support nécessaires au développement de programmes d'aide conjoints;**

31- **d'inciter le ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la formation professionnelle ainsi que les organismes patronaux et syndicaux à collaborer à la mise sur pied d'un réseau d'entraide pour les ex-toxicomanes, afin de favoriser l'employabilité de ceux-ci et leur permettre une réintégration plus aisée dans le milieu de travail.**

Bien qu'en matière d'élaboration d'outils statistiques, de méthodes d'évaluation de programmes et de recherche on puisse compter sur différents partenaires, dont les universités, les entreprises et certains ministères provinciaux et fédéraux, la centralisation de la fonction de recherche en matières de drogues et de toxicomanies devient nécessaire. La mise à profit de structures déjà en place permettra de pourvoir la recherche en toxicomanie d'une infrastructure et d'une permanence, tout en assurant la formation de chercheurs et le financement de projets. C'est pourquoi, il est recommandé:

32- **que le *Conseil québécois de la recherche sociale* soit mandaté pour développer les différents types de recherche sociale en toxicomanie: fondamentale, clinique, épidémiologique et évaluative, et qu'à cet effet, le CQRS mise sur des équipes de recherche pluridisciplinaires et pluriméthodologiques;**

que soit développé, à partir d'une ou des institutions du réseau de la santé et des services sociaux, un centre de recherche en toxicomanie, affilié à une université, et dont les mandats seraient de faire de la recherche et de l'enseignement, de maintenir un centre de documentation et de dispenser des soins spécialisés et ultraspécialisés;

qu'une enquête soit réalisée à intervalle de trois ans afin de connaître et de suivre l'évolution de la consommation des drogues au Québec.

L'atteinte des grands objectifs de mobilisation de la population et de coordination régionale des actions ainsi que la réalisation des différentes actions proposées pour lutter efficacement contre la drogue, nécessiteront une participation de nombreux ministères et organismes du gouvernement du Québec. Pour harmoniser leurs actions et assumer le LEADERSHIP à l'échelle provinciale, il est recommandé:

33- **de créer une commission permanente, placée directement sous l'autorité du Premier ministre et composée de quatre à six membres non rémunérés;**

que la présidence soit assumée par une personne extérieure au gouvernement, assistée d'un haut fonctionnaire permanent;

que le mandat de la commission consiste: à proposer annuellement les grandes orientations en prévention; à voir à l'actualisation des politiques retenues et à s'assurer du suivi des plans d'action des ministères; à s'assurer que la coordination se fasse et fonctionne aux niveaux local et régional; à vérifier, auprès du *Comité ministériel permanent des affaires culturelles et sociales*, que la coordination inter-ministérielle s'effectue; à suggérer des correctifs, si nécessaire;

qu'au 1er avril de chaque année, la commission dépose un rapport de ses activités et publie un rapport des activités gouvernementales au regard de la lutte contre la drogue.

SECTION IX

VENTILATION DES COÛTS POUR L'ANNÉE 1990-91

Mobilisation et coordination	6 800 000
Éducation	985 000
Information	204 000
Services policiers	2 420 000
Justice	668 800
Services correctionnels	3 700 000
Santé et services sociaux	14 760 000
Travail	300 000
Recherche	500 000
Leadership	300 000
TOTAL	**30 637 800**

VENTILATION DES COÛTS

RECOMMANDATIONS	COÛTS				REMARQUES
	Première année 1990-1991	Deuxième année 1991-1992	Troisième année 1992-1993	Année suivante 1993-1994	
	$	$	$	$	
MOBILISATION ET COORDINATION					
1) Disponibilité d'un soutien technique et financier aux administrations locales afin de leur permettre d'instaurer un programme en matière de lutte à la drogue	6 800 000	6 800 000	6 800 000	6 800 000	500 000 $ annuellement seront affectés pour la création et le maintien de comités multi-sectoriels.
2) Application du plan d'action du Rapport du comité inter-ministériel					
ÉDUCATION					
3) Disponibilité de personnes-ressources spécialisées dans les commissions scolaires		3 647 000	7 294 000	7 294 000	- Budget récurrent à compter de 1992-1993 - Implantation sur 2 ans compte tenu de la disponibilité des spécialistes
Perfectionnement des personnes-ressources spécialisées	25 000	111 500	111 500		- Perfectionnement réalisé sur deux ans.

* Les coûts représentent l'impact financier pour les quatre prochaines années advenant que les recommandations de la première année soient appliquées.

VENTILATION DES COÛTS

RECOMMANDATIONS	COÛTS				REMARQUES
	Première année 1990-1991	Deuxième année 1991-1992	Troisième année 1992-1993	Année suivante 1993-1994	
	$	$	$	$	
4) Révision des programmes et des guides d'activités en formation personnelle et sociale.	60 000	—	—	—	- Nécessite 1 professionnel à temps plein.
Repérage, évaluation et distribution du matériel didactique d'appoint existant.	10 000	64 000	—	—	- Notamment la série "Your choice, our chance" (primaire, 2e cycle).
Production et distribution d'un film vidéo éducatif sur les toxicomanies.	65 000	10 000	—	—	- Production spécifique pour le secondaire.
5) Enseignement formel sur les drogues réparti en 4 temps forts.	—	Début	Continuité	Continuité	- Aucun coût supplémentaire. - Nécessite que le personnel enseignant dispose du matériel didactique (mesure 4) et qu'il ait reçu le perfectionnement (mesure 6).
Réalisation d'un ensemble d'activités complémentaires de formation et de sensibilisation.	—	Début	Continuité	Continuité	- Nécessite la réalisation de la mesure 3. - Aucun coût supplémentaire.

VENTILATION DES COÛTS

RECOMMANDATIONS	COÛTS				REMARQUES
	Première année 1990-1991	Deuxième année 1991-1992	Troisième année 1992-1993	Annee suivante 1993-1994	
	$	$	$	$	
6) Perfectionnement des enseignants du programme de formation personnelle et sociale.	—	2 060 000	810 000	—	- 1991-1992: primaire 1992-1993: secondaire
Offre de perfectionnement aux autres enseignants et professionnels non enseignants	—	—	Début	Continuité	- Réalisé par les personnes-ressources (mesure 3) et les enseignants FPS (mesure 6A). - Coût assumé à même les budgets réguliers des commissions scolaires et des établissements d'enseignement privés.
7) Évaluation périodique des interventions:					
- Contrôle annuel	—	—	—	Continuité	- Coût assumé à même les budgets réguliers.
- Instrumentation, portrait de la situation	25 000	Diffusion	Début	Continuité	- Développement de l'instrumentation en 1990-1991 pour diffusion en 1991-1992.
Relance périodique	50 000	50 000	50 000	50 000	- Plan annuel de communication récurrent (semaine de la toxicomanie).
8) Campagne générale d'information	750 000	750 000			

VENTILATION DES COÛTS

RECOMMANDATIONS	COÛTS				REMARQUES
	Première année 1990-1991	Deuxième année 1991-1992	Troisième année 1992-1993	Année suivante 1993-1994	
	$	$	$	$	
INFORMATION					
13) Mise en place d'une ligne téléphonique d'information et de référence (ligne WATT).	204 000	255 000	255 000	255 000	- Budget récurrent à partir de 1991-1992
SERVICES POLICIERS					
16) Mise sur pied et fonctionnement d'un comité de coordination ainsi que l'implantation d'un système d'échange de renseignements entre les services policiers.	420 000	420 000	420 000	420 000	- Budget récurrent - Ce comité sera mandaté par le B.R.Q.C.O. et administré par la Sûreté du Québec.
Opérations conjointes et assistance de la S.Q. aux services de police municipaux.	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	- Budget récurrent

VENTILATION DES COÛTS

RECOMMANDATIONS	COÛTS				REMARQUES
	Première année 1990-1991	Deuxième année 1991-1992	Troisième année 1992-1993	Année suivante 1993-1994	
	$	$	$	$	
JUSTICE					
17 et18) Établissement d'équipes de substituts du Procureur général spécialisés dans la lutte contre les drogues.	668 800	1 063 500	1 063 500	1 063 500	- Budget récurrent à partir de 1991-1992 - En 1990-1991, 14 procureurs et 6 employés de soutien seront embauchés. Les procureurs seront affectés aux districts judiciaires de Montréal (7), Montérégie (2), Québec (2), Terrebonne (2) et au central (1). Les dépenses de fonctionnement de ces 20 personnes seront de 66 000 $ et les dépenses de traitement de 602 800 $.
SERVICES CORRECTIONNELS					
22) Contrôler l'entrée de drogues en établissement de détention	1 100 000	1 100 000	1 100 000	1 100 000	
23) Offrir, en milieu carcéral, des services de réadaptation en toxicomanie.	1 600 000	1 600 000	1 600 000	1 600 000	- Ajout de 200 places en réadaptation
Probation	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	- Budget récurrent

VENTILATION DES COÛTS

RECOMMANDATIONS	COÛTS				REMARQUES
	Première année 1990-1991	Deuxième année 1991-1992	Troisième année 1992-1993	Année suivante 1993-1994	
	$	$	$	$	
SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX					
27) Contrôle de la qualité des services de réadaptation.	500 000	500 000	500 000	500 000	
29) Ajustement des ressources de traitement et de réadaptation selon les besoins.					
- Ajout de 40 points de services de réadaptation	3 400 000	6 800 000	6 800 000	6 800 000	- Chaque point de service devrait comprendre 2.5 postes de professionnel et un poste de préposé à l'accueil pour un coût total de 170 000 $.
- Augmenter le nombre de places de 150 en foyer de groupe pour les jeunes de moins de 25 ans.	4 375 000	8 750 000	8 750 000	8 750 000	- Les 150 places en foyer de groupe donnent 25 unités au coût de 350 000 $ l'unité.
- Ajout, pour les jeunes de moins de 25 ans, de 75 places en programme résidentiel intégré aux centres de réadaptation existants.	1 450 000	2 900 000	2 900 000	2 900 000	- Budget récurrent à partir de 1991-1992 - Budget récurrent à partir de 1991-1992
- Ajout de 60 places en centre hospitalier pour les personnes présentant certaines complications médicales lors de la désintoxication.	3 285 000	6 570 000	6 570 000	6 570 000	- Budget récurrent à partir de 1991-1992

VENTILATION DES COÛTS

RECOMMANDATIONS	COÛTS				REMARQUES
	Première année 1990-1991	Deuxième année 1991-1992	Troisième année 1992-1993	Année suivante 1993-1994	
	$	$	$	$	
- Création de 60 places dans les unités de désintoxication non médicale de 5 à 10 places chacune.	1 750 000	3 500 000	3 500 000	3 500 000	- Budget récurrent à partir de 1991-1992
TRAVAIL					
31) Réseau d'entraide pour ex-toxicomanes	300 000	300 000	300 000	300 000	
RECHERCHE					
32) Le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) sera mandaté pour développer la recherche en toxicomanie et la création d'un centre de recherche en toxicomanie.	500 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	- Budget récurrent à partir de 1991-1992
LEADERSHIP					
33) Création d'un comité mixte afin d'actualiser les politiques et les recommandations du Groupe de travail	300 000	300 000	300 000	300 000	- Budget récurrent
COÛT TOTAL DES RECOMMANDATIONS	**30 637 800**	**51 551 000**	**53 124 000**	**52 202 500**	

DOCUMENTS CONSULTÉS

Addiction Research Foundation. The Journal, juillet/août 1989.
The Journal, février 1986.
The Journal, octobre 1989.
Documents internes.

Addiction Research Foundation of Ontario. Statistics on Alcohol and Drug Use in Canada and Other Countries, 1988. Volume II, Statistic on Drug Use. Toronto, 1989, 526 p.

Adlaf, E.M. et R.G. Smart. The Ontario Adult Alcohol and Other Drug Use Survey 1977-1989. Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1989, 66 p.

Allard, Manon. Plan de services sur l'usage et l'abus de psychotropes chez les jeunes de la Côte-Nord. Conseil régional de la santé et des services sociaux, septembre 1989.

Association des centres d'accueil du Québec. Groupe de travail sur la lutte contre la drogue. Présentation de l'Association des centres d'accueil du Québec. Montréal, 1990. 7 p.

Association des centres de services sociaux du Québec, Groupe de travail sur la lutte contre la drogue. Mémoire de l'Association des centres de services sociaux du Québec. Montréal, 1990. 13 p.

Association des hôpitaux du Québec. L'action et les recommandations des départements de santé communautaire en toxicomanie. Conférence sectorielle de santé communautaire présentée par le Docteur Mireille Lajoie. Montréal, 1990. 7 p.

Association des intervenants en toxicomanie du Québec. Qualité de vie et drogues. Place aux jeunes. XIVe Colloque, mai 1985. Chicoutimi, 1986.

Association des intervenants en toxicomanie du Québec. Recommandations au Comité Bertrand. Montréal, 1990. 10 p.

Association québécoise des personnes-ressources en programme d'aide dans l'industrie. Présentation faite au groupe de travail sur la lutte contre la drogue (Comité Bertrand). Montreal, 1990. 3 p.

Association québécoise des personnes-ressources en programme d'aide dans l'industrie. Toxicomanies et milieu de travail, 1984. 13 p.

Audette, Marie. Présentation du Dernier Recours Montréal. 1990, 7 p.

Beauchesne, Line. L'abus des drogues. Québec, Presses de l'Université du Québec, 1986.

Bernardo, M.A. de Drug Abuse in the Workplace: an Employer's Guide for Prevention. Washington, D.C., U.S. Chamber of Commerce, 1987.

Black, Ken. Le rapport du groupe d'étude sur la consommation de stupéfiants en Ontario: sommaire général et recommandations. Ontario, 1988. 11 p.

Blouin, Yves. La problématique des drogues et démarche préconisée par la FTQ - Construction. Québec, 1990. 10 p.

Brisson, Pierre. L'usage des drogues et la toxicomanie. Montréal, 1988.

Brisson, Pierre. Programme de prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies, région 06A: cadre général. Montréal, Département de santé communautaire, Hôpital Saint-Luc, avril 1989, 154 p.

Brochu, S. *et al.* Étude portant sur les ressources de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies au Québec. Étude subventionnée par l'ATIQ, Montréal, 1988. 98 p.

Brochu, Serge. La consommation de psychotropes chez les jeunes placés en centre d'accueil. École de Criminologie, Université de Montréal, 1990.

Bruneau, Dr Julie. Document déposé pour la rencontre contact. Montréal, Hôpital Saint-Luc, 1990. 11 p.

Bureau de consultation jeunesse. Consultation: Groupe de travail sur les drogues. Montréal, 1990. 3 p.

Burr, A. "The Ideologies of Despair: a Symbolic Interpretation of Punks and Skinheads Usage of Barbiturates". Social Science and Medecine. Vol. 19, no 2, 1984. 929-938 pp.

Caballero, Francis. Droit de la drogue. Paris, Dalloz, 1989.

Canada - Approvisionnements et Services Canada. Action contre les drogues. Bilan et perspectives nouvelles. Ottawa, 1988.

Canada - Commission Le Dain (Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales). Rapport Final. Ottawa, 1973.

Canada - Gendarmerie Royale du Canada. Rapport annuel national sur les drogues 1987/88 et indicateurs de tendances d'ici 1990. Ottawa, 1988, 188 p.

Canada - Santé et Bien-être social. Enquête Promotion Santé Canada: rapport technique, Ottawa, 1988, 249 p.

Canada - Santé et Bien-être social. Rapport de la consultation nationale sur l'abus d'alcool et de drogues en milieu de travail. Ottawa, 1988. 60 p.

Canada - Transport. Publication du rapport sur le dépistage obligatoire des drogues chez les employés de chemin de fer. Information, no 18/28. 24 p.

Carrier, Gaby. La toxicomanie juvénile dans la région 03, Québec, CSS, mai 1986.

Catlovity, D. The Working Addict. University of New York, 1976.

Centrale des syndicats démocratiques. Réflexions sur les problèmes de toxicomanie. Montréal, 1990. 15 p.

Centre d'accueil le Programme de Portage. Groupe de travail sur les drogues (réunion, ordre du jour, discours). Montréal, 1990.

Centre de réadaptation Alternatives. Rapport annuel 1988-89. 1989.

Centre de réadaptation l'Escale, Hôpital des Monts. Les problématiques et pistes d'action à l'égard de l'usage et l'abus des psychotropes. Bas-Saint-Laurent, Gaspésie, Iles-de-la-Madeleine. Hôpital des Monts, 1988. 16 p.

Centre hospitalier régional de l'Outaouais. Programme-cadre de prévention en toxicomanie chez les jeunes. Hull.

Chaumel, G. "Toxicomanie, parlons-en". Rencontre, septembre 1989.

Clarkson, May. Enquête canadienne sur la promotion de la santé (1985): description des données québécoises. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989. 174 p.

Cohen, Julian. "Drugs and Aids Prevention & Education: Work with Young People in the Netherlands". The International Journal on Drug Policy. Vol. 1, no 3, 1989. 19-22 pp.

Comité de prévention et d'intervention en alcoolisme et autres toxicomanies. Répertoire des ressources 1990, Programme de prévention et d'intervention en alcoolisme et autres toxicomanies dans l'industrie de la construction du Québec. Québec, 1989. 82 p.

Comité de prévention et d'intervention en alcoolisme et autres toxicomanies. La prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies dans l'industrie de la construction. Québec, 1989, 15 p.

Commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies de la région de Montréal. Les pistes de solution: Présentation de la commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies de la région de Montréal. Montréal, 1990. 5 p.

Commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies de la région de Montréal. L'acuité du problème: Présentation de la commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies de la région de Montréal. Montréal, 1990. 6 p.

Commission de la construction du Québec. La problématique des drogues et démarche préconisée par l'industrie de la construction du Québec, 1990. 13 p.

Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme. Pour de vrais amours ... Prévenir la violence conjugale. Juin 1987, 33 p.

Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Trois-Rivières. Programme de prévention régionale en alcoolisme et autres toxicomanies pour l'intervention communautaire - Région 04 (Pratic-04) Volet: jeunesse. 1989. 205 p.

Conseil de la santé et des services sociaux de la region de Montréal métropolitain. Plan d'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux aux personnes d'expression anglaise: Services en alcoolisme et autres toxicomanies, 1989. 8 p.

Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Trois-Rivières. Problématique et pistes d'interventions, document de travail: programme de prévention régional en alcoolisme et autres toxicomanies pour l'intervention communautaire - Région 04 (Pratic-04). 1988. 83 p.

Conseil provincial du Québec des métiers de la construction (International). Pour une prévention de la toxicomanie dans l'industrie de la construction. Montréal, 1990. 12 p.

Cormier, Jean-Guy, "Itinérance et toxicomanie" Intervenants, vol 4, n°3, avril 1988, 11 p.

Davies, M., Kandel, D.B. "Parental and Peer Influences on Adolescents Educational Plans: Some Further Evidence". American Journal of Sociology. Vol. 87, no 2. 363-387 pp.

Département de santé communautaire de l'Outaouais et Fondation Jellinek. Étude sur la toxicomanie chez les jeunes dans la région de l'Outaouais. octobre 1985.

Desranleau, C. *et al.* La consommation de drogues chez les jeunes du secondaire en 1984. Montréal, Commission des écoles catholiques de Montréal, 1985.

Desranleau, C., Poissant, I., Robitaille, T. Synthèse d'une recherche sur "La consommation de drogues chez les jeunes du secondaire en 1984". Bureau des ressources en développement pédagogique et en consultation personnelle, C.E.C.M. 10 p.

Diamant, Robert. Le rôle de la CSST à l'égard des drogues en milieu de travail: notes pour le discours. Commission de la santé et de la Sécurité du travail, 1990. 18 p.

Dumas, Suzanne. La drogue banalisée. Synthèse de recherches sur la consommation de drogues chez les étudiantes et les étudiants québécois. 1984. 56 p.

Duteau, C., M. Charron et C. Lanoville. Tendances suicidaires et consommation de drogues à l'adolescence. Centre local de services communautaires Le Moulin, 1987.

États-Unis - National Drug Control Strategy. Washington, The White House, September 1989.

Fédération des organismes bénévoles d'aide et de soutien aux toxicomanes du Québec. Résumé de la présentation au comité sur les drogues. Québec, 1990. 2 p.

Fédération des organismes bénévoles d'aide et de soutien aux toxicomanes du Québec. Mémoire présenté au Groupe de travail sur la lutte contre la drogue. Québec, 1990. 7 p.

Fédération des centres locaux de services communautaires du Québec. Commentaires de la Fédération des CLSC du Québec sur la lutte contre la drogue présentés au Groupe de travail sur la lutte contre la drogue. Montréal, 1990. 13 p.

Fédération mondiale des communautés thérapeutiques. XIVe Congrès international des communautés thérapeutiques. Drogue et société. Montréal, 1989. 12 p.

Fondation de la recherche sur la toxicomanie. L'usage de la drogue en Ontario. Toronto. 2 p.

Fondation Jean Lapointe inc. Présentation devant le Comité Bertrand. Montréal, 1990. 16 p.

France - Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie. Lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants. Rapport au Premier ministre (France) présenté par Catherine Trautmann, octobre 1989, 223 p.

General Motors du Canada. Ampleur du phénomène (U.S.A.). États-Unis, 1989. 6 p.

Grenier, Gaétan. Demande de remboursement - cure de désintoxication. Rapport. Québec, Commission de la construction du Québec, 1990. 20 p.

Groupe de recherche appliquée sur les psychotropes. Le Québec et les substances psycho-actives en 1990: la formation de deuxième cycle et la recherche. Montréal, 1990. 6 p.

"Guerre contre la drogue (La): des cultures illicites". Le monde diplomatique. 16 oct. 1989.

Hankins, Catherine. Infections au VIH dans une prison à sécurité intermédiaire pour femmes, Québec. Montréal, Centre d'études sur le SIDA, Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal, 1989.

Julien, Claude. "Un nouvel ordre moral". Le monde diplomatique. No 392, nov. 1986. 1-16 pp.

King, A.J.C. *et al.* Étude sur les jeunes canadiens face au SIDA. Groupe d'évaluation des programmes sociaux, Université Queen's, Kingston, 1989, 198 p.

L'Alliance pour un Canada sans drogue. Pour un milieu de travail sain et sécuritaire. Montréal, 1990. 11 p.

L'écho des pionniers du sud. No 3, décembre 1989. 11 p.

La Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec. "L'entraide et la solidarité, ça nous connaît!" L'entraide. Janvier 1990. 4 p.

La Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec. Guide d'intervention en alcoolisme et autres toxicomanies: Objectif mieux-être. Montréal, 1990. 49 p.

La Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec. Des hommes, des femmes pour des hommes, des femmes. Montréal, 1990. 8 p.

La Fondation Jean Lapointe... en bref. Le Bulletin de la fondation Jean Lapointe. Fév. 1990. 6 p.

La Maison Jean Lapointe. L'organisation et les services. Montréal, 1990. 11 p.

La Maison Jean Lapointe. Traitement externe des toxicomanies chez les adolescents. Québec, 1990. 4 p.

La Maison Jean Lapointe. Présentation devant le Comité Bertrand. Montréal, 1990. 5 p.

La Palme, Denise. CACTUS Montréal, 1990. 5 p.

Laberge, Suzanne. Sondage sur le dopage effectué auprès des athlètes de la finale des Jeux du Québec - Hiver 1989. Rapport. Ministère du Loisir, de la Chasse et de la Pêche, Direction des Sports, 1989. 25 p.

Lacombe, A. L'usage de l'alcool et des autres drogues par les jeunes dans les écoles et les collèges du Québec. Québec, ministère de l'Éducation, 1983.

Lamontagne, Y. et R. Élie. Consommation d'alcool et de drogues chez les étudiants du niveau collégial (CEGEP). Comparaison 1978-1984. Cégep de Maisonneuve, 1985.

Lauzon, Pierre. L'usage de la méthadone pour le traitement des personnes dépendantes de l'héroïne et des autres opiacés. Centre de recherche et aide aux narcomanes, 1990. 11 p.

Lauzon, Pierre. Les services aux personnes détenues. Centre de recherche et aide aux narcomanes, 1990. 6 p.

Leblanc, M. et R. Tremblay. "Drogues illicites et activités délictueuses chez les adolescents de Montréal: épidémiologie et esquisse d'une politique sociale", Psychotropes, vol. 3, no 3, hiver 1987, 57-73 pp.

Le Journal de la Fondation Jean Lapointe. vol. 1, no 1, 1989. 8 p.

Lepage, Marie-Claire et Madeleine Levasseur. Comité de travail sur la mortalité et la morbidité périnatales. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989. 251 p.

Le phénomène-drogue et les jeunes. Document d'information. Québec, Ministère de l'Éducation, 1987, 75 p.

Le Tournant. Portage. Vol. 1, no 1, mai 1988. 2 p.
Vol. 1, no 3. 3 p.
Vol. 2, no 1, mai 1989. 3 p.
Vol. 2, no 2, 1989. 3 p.

Matthews, Alan. "Care and Cure: A Visit to the Jellinek Centre, Amsterdam." The International Journal on Drug Policy. Vol. 1, no 1, 1989. 16-18 pp.

Messier, Camille. Les troubles de comportement à l'adolescence. Québec, Commission de protection des droits de la jeunesse. 1989, 287 p.

Nadeau, Louise. Le Québec et les substances psycho-actives: une photo palaroid de 1990 et une projection vers l'an 2000. Université de Montréal, Faculté de l'éducation permanente, 1990. 21 p.

National Institute on Drug Abuse. Documents internes.

National Institute on Drug Abuse. National Household Survey on Drug Abuse: Population Estimates 1988. Washington, 1989.

National Institute on Drug Abuse. Research Monograph Series. Drugs in the Workplace: Research and Evaluation Data, Maryland, 1988.

Nations Unies. Rapport de la conférence internationale sur l'abus et le trafic illicite des drogues. Vienne 17-26 juin 1987. New York, 1987. 146 p.

Nations Unies. Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants, 1989.

Negrete, Juan Carlos. La problématique de l'alcool et des drogues du point de vue des services de santé, 1987. 33 p.

Newcombe, Russell. "Preventig the Spread of HIV Infection: Among and from Injectig Drug Users in the U.K." The International Journal on Drug Policy.20-27 pp.

Noël, Richard. Sondage concernant la consommation de drogue, d'alcool et de médicaments au Cégep Lévis-Lauzon. Services de Santé du Cégep Lévis-Lauzon, 1989, 12 p.

Nouzille, Vincent. "100 milliards de dollars, où va l'argent de la drogue?" L'expansion, 8/21 février 1990, 48-55 pp.

Office for Substance Abuse Prevention. Adolescent Peer Pressure. Theory, Correlates and Program Implications for Drug Abuse Prevention. U.S. Department of Health and Human Services, 1988. 115 p.

Olivier, Christine et Denise Couture. Dossier Alcoolisme - Toxicomanie en Outaouais. Département santé communautaire de l'Outaouais, 1989.

Organisation mondiale de la Santé. Communiqué, Genève, 16 février 1990.

Painchaud, Claude. L'alcoolisme et la toxicomanie en milieu de travail: Les programmes d'aide aux employés et le droit du travail. Commission de la santé et de la sécurité du travail, 1990. 15 p.

Poissant, Irène et Manuel Crespo. La consommation des drogues chez les jeunes au secondaire. Montréal, Commission des écoles catholiques de Montréal, 1976.

Portage - Québec. Centre de formation à l'emploi. Québec. 4 p. (brochure).

Portage - Ontario. Programme d'aide aux adolescents. Toronto. 4 p. (brochure).

Portage. Énoncé de la mission et de la philosophie de Portage. Montréal. 18 p.

Posterski, Donald C. La jeunesse du Canada: 'tout à fait contemporaine'. Un sondage exhaustif des 15-24 ans. Ottawa, Fondation canadienne de la jeunesse, 1988, 57 p.

Pratt & Whitney Canada. Programme d'aide à l'employé. Statistiques. Longueuil, 1988. 8 p.

Précis des toxicomanies. Les Presses de l'Université de Montréal, 1984.

Programme du Portage relatif à la dépendance de la drogue. On a jamais prétendu que c'est facile. Mais on t'offre au moins la possibilité de faire un vrai choix. Montréal. 11 p. (brochure).

Québec - Ministère du Loisir, de la Chasse et de la Pêche. Documents internes.

Québec - Ministère de la Sécurité publique. Statistiques: criminalité et application des règlements de la circulation au Québec. Québec, 1984 et 1988.

Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. Rapports annuels.

Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. Document interne.

Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. Statistiques internes.

Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. Et la santé, ça va? Tome 1, Enquête Santé Québec 1987, 1988, 337 p.

Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. Les jeunes adultes. Étude no 2 dans le cadre de l'Enquête Santé Québec. 1989. 57 p.

Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec: orientations. 1988. 25-26 pp.

Québec - Ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle. Documents internes.

Québec - Ministère de la Justice. Documents internes.

Québec - Ministère de l'Éducation. Documents internes.

Québec - Ministère du Conseil exécutif et ministère de la Sécurité publique. Rapport du comité inter-ministériel sur l'abus des drogues et de l'alcool chez les Cris, les Inuits et les Naskapis. Québec, 1989, 49 p.

Québec - Corps policiers municipaux. Documents internes.

Québec - Secrétariat à la Jeunesse. Documents internes.

Québec - Secrétariat à la Famille. Documents internes.

Québec - Secrétariat à la Condition féminine. Documents internes.

Québec - Sûreté du Québec. Documents internes.

Québec - Régie des permis d'alcool du Québec. Documents internes.

Québec - Régie de l'assurance-maladie du Québec. Documents internes.

Quig, James. "Chantal's Christmas Gift". The Gazette, Montréal, 24 décembre 1989. 4 p.

Radford, J.L., A.J.C. King et W. Warren. Street Youth and Aids, Kingston, Social Program Evaluation Group, University Queen's, 1989, 154 p.

Results of the 1989 Arthur Andersen Small Business Survey. Toronto, Arthur Andersen & Co., janvier 1990.

Service de police de la Communauté urbaine de Montréal. Documents internes.

Simard, P. Le clochard de Montréal, une histoire à coucher dehors. Montréal, CSLC Centre-ville, 1989, 125 p.

Smart, R.G. et E.M. Adlaf. The Ontario Student Drug Use Survey: Trends Between 1977-1989. Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1989, 100 p.

SORÉCOM. Les jeunes de 17 à 30 ans: rapport d'étude quantitative. Québec, 1988 (non publié).

Statistique Canada. Statistique de la criminalité au Canada. Cat. 85-205. Ottawa, 1980 à 1988.

Sûreté du Québec. Présentation du corps policier au groupe de travail de lutte à la drogue, 1990. 51 p.

Trottier, Denis. Foyer de groupe du centre Alternatives; milieu résidentiel semi-ouvert, 1989. 4 p.

Utilisation, par des athlètes, de substances et de méthodes défendues, présumées ergogéniques ou déloyales: état de la situation au Québec et recommandations. Rapport. Comité sur le dopage, table provinciale d'harmonisation en sport, 1989.

Vallières, Martin. "Alcool et drogues: des pertes de 500 millions $ par an pour l'économie québécoise". Les Affaires, vol. LXI, no 27, 8-14 juillet 1989.

Willoughby, Deborah. Cocaïne, opium, marijuana: À problème mondial, solution planétaire. U.S. Information Agency, 1988, 60 p.

Annexes

ANNEXE 1

ORGANISMES RENCONTRÉS PAR LE GROUPE DE TRAVAIL

Rencontre avec des représentants du milieu scolaire:

- Le Président et les représentants de la Commission des écoles catholiques de Montréal;
- Directeurs (4) d'écoles de la Commission des écoles catholiques de Montréal;
- Professionnels (infirmière, psychologue, policier, animateur de pastorale, agent de liaison) de la Polyvalente Henri-Bourassa;
- Professeurs de la Polyvalente Henri-Bourassa;
- Représentants des élèves;
- Représentants des parents.

Rencontre avec les services policiers:

- Sûreté du Québec;
- Gendarmerie Royale du Canada;
- Service de police de la Communauté urbaine de Montréal;
- Association des directeurs de police et des chefs de pompiers du Québec.

Rencontre avec des représentants du milieu de la santé:

- Centre hospitalier Sainte-Anne-des-Monts;
- Projet CACTUS - CLSC Centre-ville de Montréal;
- Dernier Recours;
- Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN);
- Commission administrative en toxicomanie de Montréal;
- Unité de désintoxication de l'Hôpital Saint-Luc;
- Service de toxicomanie de l'Hôpital général de Montréal;
- Centre de réadaptation Alternatives;
- Adolescents en traitement;
- Le Portage;
- Personnes en traitement;
- Parents de toxicomanes.

Rencontre avec des associations et organismes du réseau de la santé:

- Association des centres d'accueil du Québec;
- Association des centres de services sociaux du Québec;
- Fédération des centres locaux de services communautaires;
- Association des hôpitaux du Québec;
- Association des intervenants en toxicomanie du Québec;
- Association québécoise des personnes-ressources en programme d'aide dans l'industrie;
- Fédération des organismes bénévoles d'aide et de soutien aux toxicomanes;
- Fondation Jean Lapointe Inc.;
- Groupe de recherche appliquée sur les psychotropes Inc.

Rencontre avec des représentants du milieu de travail:

- Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec;
- Fédération des travailleurs et des travailleuses du Québec;
- Confédération des syndicats nationaux;
- Centrale de l'enseignement du Québec;
- Centrale des syndicats démocratiques;
- Conseil provincial du Québec des métiers de la construction;
- Alliance pour un Canada sans drogue;
- Commission de la construction du Québec;
- General Motors;
- Pratt & Whitney;
- Canadair;
- PROACT (Programme d'aide aux employés).

Autres consultations (Groupe de travail):

- Honorable juge Réjean F. Paul, président de la Commission Crie-Naskapie;
- Conseil exécutif de la Communauté urbaine de Montréal.
- Dr Michel Larose, coroner

Autres consultations (Comité technique):

- Représentants de la Couronne;
- Stratégie nationale anti-drogue du gouvernement fédéral;
- Responsable du certificat en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke;
- Représentants de la Fondation ontarienne sur la toxicomanie.

ANNEXE 2

ORGANISMES ET PERSONNES AYANT PRÉSENTÉ UN MÉMOIRE

Mémoires de groupes:

- Comité de liaison entre la famille et les services de prévention en toxicomanie de Saint-Joseph-de-Beauce (CLEFS);
- La Relance mauricienne inc;
- Organisation pour la sauvegarde des droits des enfants;
- Le groupe Harmonie;
- Organisation Sun Youth inc;
- YMCA du parc;
- Coalition pour un meilleur environnement humain;
- L'Association le Patriarche.

Mémoires d'individus:

- M. Millette;
- Gisèle Maisonneuve, étudiante en service social, UQAM;
- Hélène Bruderlein;
- Yves Langlois, promoteur;
- Bruno Carrier, éditeur.

ANNEXE 3
TABLEAU D'IDENTIFICATION DES DROGUES

	Types de drogues et de stupéfiants		Termes du milieu	Description	Modes de fabrication	Modes de consommation	Principaux effets possibles	Durée de l'effet	Dépendance		Effets du surdosage	Syndrome de sevrage
									physique	psychologique		
LOI SUR LES STUPÉFIANTS	Opiacés	Opium	Black jack Gum	Substance de consistance visqueuse à solide, de couleur variant du brun foncé au noir	Extrait naturel du pavot somnifère (4 à 17% de morphine)	Ingestion Inhalation	Analgésie, dépression, euphorie, somnolence, constipation, sensation de bien-être	De 3 à 6 heures	Très forte	Très forte	Ralentissement respiratoire, coma paralysie, anxiété; peut entraîner la mort	Convulsions, panique, vomissements, nausées, ("cold turkey") sueurs froides, frissons
		Morphine	"M" Dreamer	Poudre cristalline de couleur variant du blanc au beige, petit comprimé blanc ou liquide incolore	Dérivé de l'opium	Ingestion Injection Suppositoire	Analgésie, dépression, euphorie, sensation de ralenti	De 3 à 6 heures	Très forte	Très forte	Ralentissement respiratoire, coma; peut entraîner la mort	Convulsions, panique, vomissements, nausées, sueurs froides, frissons
		Héroïne	Hard stuff horse, smack junk Grand "H"	Poudre cristalline de couleur variant du blanc au brun pâle	Dérivé semi-synthétique de morphine	Inhalation Injection	Analgésie, dépression, grande euphorie	De 3 à 6 heures	Très forte	Très forte	Ralentissement respiratoire, coma; peut entraîner la mort	Convulsions, panique, vomissements, nausées, sueurs froides, frissons
		Codéine	Schoolboy	Comprimés ou poudre de couleur blanche	Extrait naturel de la tête de pavot ou semi-synthétique	Ingestion Injection	Analgésie, dépression, les effets varient selon la dose	De 3 à 6 heures	Modérée à forte	Forte	Variable, peut entraîner la mort	Variable, sévère
	Cocaïne		Coke, neige coca, snow flake	Poudre cristalline luisante et inodore ressemblant à de la neige	Substance active des feuilles du coca (arbre)	Inhalation Injection	Insomnie, stimulation, hallucinations possibles, euphorie	Environ 2 heures	Possible	Très forte	Agitation, nausées, hausse de température, convulsions, peut entraîner la mort	Dépression, désorientation, hallucinations
	Crack		Crack, roche	Transformation de cocaïne sous forme solide	Cocaïne - base, mélange avec bicarbonate de soude et eau	Inhalation	Effets immédiats, sentiments de bien-être, joie de vivre	20 à 30 minutes	Possible	Très forte	Anxiété, dépression, attaque de coeur, état de crise, peut entraîner la mort	(Information non disponible)

TABLEAU D'IDENTIFICATION DES DROGUES

Types de drogues et de stupéfiants		Termes du milieu	Description	Modes de fabrication	Modes de consommation	Principaux effets possibles	Durée de l'effet	Dépendance		Effets du surdosage	Syndrome de sevrage
								Physique	Psychologique		
LOI SUR LES STUPÉFIANTS — Cannabis	Marijuana	Mari, pot, grass	Substance ayant l'apparence du thé	Feuilles, fleurs et graines de cannabis séchées et hachées	Ingestion Inhalation	Euphorie à forte dose: hallucinations possibles, désorientations	De 1 à 4 heures	Inconnue	Modérée à forte	Fatigue, paranoïa, psychose, appétit changeant	Effets psychologiques, insomnie, hyperactivité
	Haschisch	"H", Hash	Consistance de flexible à très dure, de couleur variant du vert au brun foncé	À partir de la résine des feuilles et des graines de cannabis	Ingestion Inhalation	Effet plus prononcé que la marijuana pour une même dose	De 1 à 4 heures	Inconnue	Modérée à forte	Fatigue, paranoïa, psychose, appétit changeant	Effets psychologiques, insomnie, hyperactivité
	Huile de haschisch	"H" liquide, huile, résine	Substance liquide de couleur jaune, jaune orangé, marron foncé ou noire	Extrait huileux du haschisch ou de la marijuana	Ingestion Inhalation	Effet de 15 à 30 fois plus prononcé que la marijuana	De 1 à 4 heures	Inconnue	Modérée à forte	Fatigue, paranoïa, psychose, appétit changeant	Effets psychologiques, insomnie, hyperactivité
Synthétiques	Péthidine	Démérol	Liquide incolore ou comprimés	Synthétique	Ingestion Injection	Analgésie, euphorie, sensation de ralenti	De 3 à 6 heures	Très forte	Très forte	Ralentissement respiratoire, coma, dépression; peut entraîner la mort	Variable, sévère
	Méthadone	METH	Comprimés, poudre ou solution, de couleur blanche	Synthétique	Ingestion Injection	Effet semblable à la morphine mais plus lent	De 12 à 24 heures	Modérée	Forte	Ralentissement respiratoire, convulsions, coma; peut entraîner la mort	Convulsions, vomissements, nausées
	Dilaudid (hydromorphone) Percodan (oxycodone)	Lords Big "D"	Comprimés de différentes formes ou couleurs	Semi-synthétique	Ingestion Injection	Analgésie, dépression, euphorie, sensation de ralenti	Courte	Très forte	Très forte	Ralentissement respiratoire, convulsions, coma; peut entraîner la mort	Convulsions, vomissements, nausées
	Talwin (Pentazocine)	TS & Blues tricycles bicycles	Comprimés pêche ou capsules	Synthétique	Ingestion Injection	Analgésie, euphorie	De 1 à 4 heures	Forte	Très forte	Dépression respiratoire, vertige, euphorie; peut entraîner la mort	Vertiges, vomissements, nausées
	Phencyclidine	PCP, mescaline	Comprimés, pilules, poudre blanche dans des capsules buvards	Synthétique	Ingestion Injection Inhalation	Effets de l'ordre des stimulants, tranquillisants ou hallucinogènes	Variable	Inconnue	Modérée	Psychose, sommeil profond; peut entraîner la mort	Variable

TABLEAU D'IDENTIFICATION DES DROGUES

		Types de drogues et de stupéfiants	Termes du milieu	Description	Modes de fabrication	Mode de consommation	Principaux effets possibles	Durée de l'effet	Dépendance physique	Dépendance psychologique	Effets du surdosage	Syndrome de sevrage
LOI DES ALIMENTS ET DROGUES		DROGUES CONTROLÉES										
	Annexe G	Métamphétamines Amphétamines	Speed crystal meth, diet pills wake up pill	Comprimés et capsules de formes et de couleurs variées	Synthétique	Ingestion Injection	Stimulation	De 2 à 4 heures	Possible	Forte	Agitation extrême, hausse de température, convulsions	Dépression, désorientation, sommeil très prolongé, apathie
		"Ice"	Quarty, go, zip	Transformation de métamphétamines sous forme de cristaux, inodore et incolore	Compose puissant des amphétamines, procede chimique qui se cristalise après 4 jours	Inhalation Injection	Effets en 7 secondes, euphorie intense, accroit les réflexes	De 8 à 16 heures	Possible	Très forte	Comportement agressif, hallucinations, paranoia, hypertension, peut entrainr la mort a la 1ere utilisation	(Information non disponible)
		Barbituriques et autres sédatifs	Downers, goof balls	Comprimés ou capsules de formes et de couleurs variées	Synthétique	Ingestion Injection Suppositoire	Depression	De 1 à 16 heures	Très forte	Très forte	Pouls faible & rapide coma, sommeil profond peut entrainer la mort	Convulsions, anxiété, peut entrainer un arrêt cardiaque
		DROGUES D'USAGE RESTREINT										
	Annexe H	LSD	Cap d'acide micro, acide	Liquide incolore, inodore, on peut imbiber des buvards, capsules ou comprimés	Extrait ergot du seigle synthétique	Ingestion Injection	Panique, hilarité, hallucinations	De 2 à 10 heures ("flash back")	Aucune	Variable	Psychose, dommages permanents au cerveau (possible), "flash back"	Variable
		Psilocybine	Champignon magique, mushroom	Substance séchée et fibreuse de couleurs variées, poudre blanche	Champignon, Losninos	Ingestion Inhalation Injection	Illusion, hallucinations, rêverie	Variable	Inconnue	Variable	Psychose, paranoia	Variable
		Mescaline	Cap de mescaline, mesc chimique	Capsules contenant une poudre de couleur variant du beige au brun	Excroissances du cactus peyotl mexicain	Ingestion Injection	Hallucinations	Variable	Aucune	Inconnue	Psychose, peut entrainer la mort	Variable
		DROGUES										
	Annexe F	Librium valium (diazepam)	Downers	Comprimés, ampoules et sirops	Synthétique	Ingestion Injection	Dépression, incohérence	Variable	Forte	De faible à forte	Pouls faible et rapide, faiblesse, anxiété, coma	Insomnie, fatigue, maux de tête, anxiété
Substances dangereuses non contrôlées (Vente libre)		Nitrites d'amyle de butyle, colle, solvants	Popper, rush, colle	Différents types de colle ainsi que des solvants, dissolvants et essences à briquet, parfois vendus dans les "Sex shops"	Synthétique	Inhalation	Euphorie	Variable	Inconnue	Forte	Gestes antisociaux dommages permanents au cerveau peut entrainer la mort par arrêt respiratoire ou par choc	Variable

ANNEXE 4

L'USAGE DE DROGUES PLUS DE CINQ FOIS DANS LA VIE, SELON LE SEXE ET LE GROUPE D'ÂGE

Proportion de la population âgée de quinze ans et plus ayant fait plus de cinq fois usage de drogues selon le sexe, Québec 1987

Sexe	Marijuana seulement	Marijuana et autres	Aucune drogue
Hommes	12,2	11,1	76,7
Femmes	8,6	9,1	82,3
TOTAL	10,4	10,1	79,5

Proportion de la population âgée de quinze ans et plus ayant fait plus de cinq fois usage de drogues selon le groupe d'âge, Québec 1987

Groupe d'âge	Marijuana seulement	Marijuana et autres	Aucune drogue
15-24	16,9	11,8	71,3
25-44	14,9	13,3	71,8
45-64	1,2	5,1	93,7
65 et plus	0,2	4,6	95,2
TOTAL	10,4	10,1	79,5

Population âgée de quinze ans et plus ayant fait plus de cinq fois usage de drogues selon le groupe d'âge, Québec 1987

Groupe d'âge	Nombre d'usagers	Répartition des usagers (%)	Proportion des usagers par groupe d'âge (%)
15-29	495 041	50,3	33,0
30-44	391 200	39,7	24,0
45 et plus	97 939	10,0	6,0
TOTAL	984 180	100,0	20,5

Source: Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. Et la santé, ça va? Tome 1, Enquête Santé Québec 1987, 1988, 337 p.

ANNEXE 5

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT FAIT USAGE DE DROGUES PLUS DE CINQ FOIS DANS SA VIE, SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC[1]

	01	02	03	04	05	06A	06B	06C	07	08	09	Ensemble du Québec
Marijuana Haschisch	14,2	13,2	13,8	12,8	13,3	**19,1**	13,0	15,9	**19,2**	**17,6**	**18,0**	16,1
Amphétamines	1,7	2,8	2,3	2,5	1,7	**3,7**	1,9	2,2	**3,1**	**4,8**	**3,8**	2,8
Barbituriques Sédatifs	**2,8**	2,0	**2,7**	2,5	1,6	**3,0**	2,3	2,2	**3,6**	**4,8**	**3,3**	2,6
Tranquillisants	3,3	2,7	**4,1**	**3,5**	2,6	**3,5**	2,6	2,9	**4,1**	2,3	**3,6**	3,3
Cocaïne	2,1	2,4	2,3	2,6	2,2	**6,2**	3,6	2,3	3,8	**5,2**	3,7	3,9
Héroïne	0,1	**0,4**	0,1	0,0	0,2	**0,4**	**0,3**	0,1	**0,3**	**0,4**	0,2	0,2
Drogues à base d'opium	0,3	0,7	0,5	0,3	0,6	0,1	0,7	0,5	**1,4**	0,7	**0,8**	0,7
LSD Mescaline	2,3	**3,7**	2,8	3,2	2,2	**4,6**	2,5	2,0	**4,0**	**3,8**	**4,2**	3,3
Autres drogues[2]	0,3	0,2	**0,4**	0,3	0,3	0,3	0,1	0,02	**0,4**	**0,5**	0,2	0,3

Source: Enquête Santé Québec 1987

Population de 15 ans et plus selon les régions:

Bas St-Laurent/Gaspésie (01): 188 784
Saguenay/Lac St-Jean (02): 225 111
Québec (03): 779 674
Trois-Rivières (04): 356 236
Estrie (05): 204 952
Montréal métropolitain (06A): 1 693 988
Laurentides/Lanaudière (06B): 464 135
Montérégie (06C): 821 981
Outaouais (07): 182 658
Abitibi-Témiscamingue (08): 106 518
Côte-Nord (09): 74 623
TOTAL: 5 098 669

1 Les taux supérieurs à la moyenne provinciale apparaissent en caractères gras.
2 Les "autres drogues" regroupent: champignons hallucinogènes, colle et solvant, nois de kola et autres.

ANNEXE 6

RÉSULTATS D'UNE CONSULTATION RÉALISÉE AUPRÈS DE CERTAINS ORGANISMES DU NOUVEAU-QUÉBEC

Nom de l'organisme	Aspect familial	Aspect communautaire	Aspect judiciaire	Aspect scolaire	Aspect santé	Aspect services sociaux	Aspect général
Conseil de bande de Whapmagoostui			80% des cas soumis à la cour sont des offenses commises sous l'influence de l'alcool	Sur une échelle de 10 points, le reniflage de solvants obtient un 3. Les jeunes de 10 à 16 ans sont les principaux concernés.	Le mauvais usage des médicaments est coté 3, car il y a eu quelques cas de tentatives de suicides.		
Conseil de bande de Waswanipi	Quand les parents sont hors du village et qu'ils laissent un enfant à la maison, elle est utilisée par les autres comme repère pour renifler.	Il y a quelques abus d'alcool et de drogues chaque jour. L'abus d'alcool touche surtout les plus âgés.	Il y a du vandalisme à l'intérieur et à l'extérieur de la maison où se déroule un party. 80% des dossiers judiciaires sont reliés à l'alcool.	Les jeunes de 8 à 12 ans sont aussi impliqués dans des réunions de reniflage de drogues. Le bootlegging se fait surtout lorsque les étudiants majeurs ou mineurs mettent ensemble leur argent et placent une commande.	Plusieurs appels d'ambulances sont reliés à des incidents causés par l'alcool.	Les cas traités par les services sociaux sont également reliés à des cas d'abus de drogues et d'alcool.	Aux deux bars de Desmaraisville, les mineurs peuvent entrer facilement et se faire servir à boire.

RÉSULTATS D'UNE CONSULTATION RÉALISÉE AUPRÈS DE CERTAINS ORGANISMES DU NOUVEAU-QUÉBEC

NOM DE L'ORGANISME	ASPECT FAMILIAL	ASPECT COMMUNAUTAIRE	ASPECT JUDICIAIRE	ASPECT SCOLAIRE	ASPECT SANTÉ	ASPECT SERVICES SOCIAUX	ASPECT GÉNÉRAL
Conseil de bande de Wemindji		L'abus d'alcool est la principale cause de conséquences négatives dans notre communauté en ce qui regarde la perturbation et le démantèlement familiaux, le déracinement des valeurs sociales et culturelles ainsi que l'affaiblissement de la qualité de vie.		L'abus des drogues et des autres substances chimiques est pratiqué à une échelle beaucoup moindre si on le compare à celui de l'alcool.			
Corporation du village nordique de Salluit		L'abus de l'alcool prévaut. L'abus des drogues est aussi problématique mais moins inquiétant à l'exception des cas d'inhalation de solvants.					
Service de la protection de Noranda	Consommation abusive de drogues et d'alcool autant chez les adolescents que chez les adultes, peu importe le sexe.		Les personnes âgées sont victimes de violence à cause de cela.				

RÉSULTATS D'UNE CONSULTATION RÉALISÉE AUPRÈS DE CERTAINS ORGANISMES DU NOUVEAU-QUÉBEC

NOM DE L'ORGANISME	ASPECT FAMILIAL	ASPECT COMMUNAUTAIRE	ASPECT JUDICIAIRE	ASPECT SCOLAIRE	ASPECT SANTÉ	ASPECT SERVICES SOCIAUX	ASPECT GÉNÉRAL
Centre de détention d'Amos	40% des incarcérés d'origine Inuit proviennent d'une famille où la consommation devient un problème.	Le problème est de nature comportementale, aggravé par des circonstances extérieures dues à l'environnement social.	100% des incarcérés Inuit sont des consommateurs d'alcool; 30% d'entre eux consomment des drogues dont 33% de façon sérieuse et régulière.				
Sûreté du Québec de Kuujjuarapik		Le problème de consommation d'alcool et de drogues dans certaines communautés a atteint des proportions qui sont devenues incontrôlables et plus spécialement à Povungnituk qui semble être la pire communauté de la Baie d'Hudson.		Nos constables locaux sont débordés et ne savent plus où donner de la tête.			
Sûreté du Québec de Kuujjuaq		La consommation de drogues, d'alcool et l'inhalation de substances ont pris une très grande ampleur sur la Baie d'Ungava.	Il s'avère que 35% des crimes sont reliés à la consommation d'alcool et de drogues.				

RÉSULTATS D'UNE CONSULTATION RÉALISÉE AUPRÈS DE CERTAINS ORGANISMES DU NOUVEAU-QUÉBEC

NOM DE L'ORGANISME	ASPECT FAMILIAL	ASPECT COMMUNAUTAIRE	ASPECT JUDICIAIRE	ASPECT SCOLAIRE	ASPECT SANTÉ	ASPECT SERVICES SOCIAUX	ASPECT GÉNÉRAL
Polices naskapies de Kawawachikamach		Il y a consommation abusive d'alcool par une large partie de la population.	Les abus d'alcool sont responsables de 99% de la criminalité sur la réserve. Du 1er janvier au 12 septembre 1987, 196 dossiers furent ouverts par les constables, tous étaient reliés à des personnes intoxiquées par l'alcool.				
Administration régionale Crie	L'abus d'alcool prévaut chez les plus âgés.	Plus la communauté est grande, plus il y a de problèmes.		Les drogues font davantage de ravages au niveau scolaire.			L'alcool et les drogues constituent un problème majeur dans toutes les communautés.
Office de la sécurité du revenu des chasseurs et piégeurs Cris	Nous avons pu constater dans certains cas particuliers, des problèmes sociaux et familiaux causés par de tels abus.						Les prestations versées par l'Office pour des familles peuvent, dans certains cas, être dépensées par le chef de l'unité sans égard aux besoins de la famille.

RÉSULTATS D'UNE CONSULTATION RÉALISÉE AUPRÈS DE CERTAINS ORGANISMES DU NOUVEAU-QUÉBEC

NOM DE L'ORGANISME	ASPECT FAMILIAL	ASPECT COMMUNAUTAIRE	ASPECT JUDICIAIRE	ASPECT SCOLAIRE	ASPECT SANTÉ	ASPECT SERVICES SOCIAUX	ASPECT GÉNÉRAL
Administration régionale Kativik	Le problème se situe au niveau des jeunes adultes.						
Conseil de bande de Mistassini		Nous avons eu des cas concernant les drogues et l'alcool.	Nous sommes conscients que de la drogue circule dans la communauté et nous avons poursuivi ces gens pour trafic.				

ANNEXE 7

QUANTITÉS DE DROGUES SAISIES AU CANADA DE 1985 À 1988

Type de drogue (en kilogrammes)	1985	1986	1987	1988
Héroïne	63	44	30	63
Cocaïne	109	103	145	193
Marijuana	3 765	8 314	26 475	25 164
Haschisch solide	18 973	17 837	23 968	7 750
Haschisch liquide	202	100	440	259

Source: Direction de la police des drogues, Gendarmerie Royale du Canada, Ottawa

ANNEXE 8

QUANTITÉS DE DROGUES SAISIES AU QUÉBEC DE 1987 À 1989[1]

TYPE DE DROGUE (en kilogrammes)	1987				1988				1989			
	SQ	SPCUM	GRC	TOTAL	SQ	SPCUM	GRC.	TOTAL	SQ	SPCUM	GRC	TOTAL
Héroïne	-	4.8	5.5	**10,3**	-	1.1	21.0	**22,1**	-	1.6	9.1	**10,7**
Cocaïne	43.4	55.2	82.3	**180,9**	64.7	31.8	53.2	**149,7**	93.5	43.9	71.0	**208,4**
Marijuana	61.0	14.8	377.3	**453,1**	33.5	12.5	1 495.0	**1 541,0**	221.2	35.9	1 010.2	**1 267,3**
Haschisch	105.1	172.6	4 007.9	**4 285,6**	987.8	39.8	7 550.6	**8 578,2**	204.3	373.9	1 839.4	**2 417,6**
Haschisch liquide	-	-	80.6	**80,8**	-	-	6.3	**6,3**	-	-	24.6	**24,6**
Chimique[2]	13.4	1.7	2 050.1	**2 065,2**	2.5	1.0	7.6	**11,1**	5.5	13.2	1.1	**19,8**

1 Les saisies effectuées par les services policiers municipaux, autres que le SPCUM, ne sont pas incluses.
2 Les données sur les drogues chimiques ne comprennent pas les quantités comptabilisées en unités, en doses, en capsules ou en buvards.

ANNEXE 9

SOURCE DES DROGUES VENDUES SUR LE MARCHÉ CANADIEN EN 1987

	Héroïne * %	Cocaïne %	Marijuana %	Haschisch %
Asie du Sud-Est	78		20	
Asie du Sud-Ouest	22			30
Colombie		40	20	
Pérou		30		
Bolivie		15		
Brésil		15		
Canada			20	
Jamaïque			20	10
Mexique			15	
États-Unis			5	
Liban				60

Source: Gendarmerie Royale du Canada,
Rapport annuel national sur les drogues

* Pourcentages pour l'année 1988

ANNEXE 10

MODES DE TRANSPORT POUR L'IMPORTATION DE DROGUES AU CANADA EN 1987

	AIR %	TERRE %	MER %
Héroïne	88	10	2
Cocaïne	38	51	11
Drogues de synthèse	14	85	1
Cannabis:			
Marijuana	30	20	50
Haschisch solide	20	30	50
Haschisch liquide	95	4	1

Source: Gendarmerie Royale du Canada, Rapport annuel national sur les drogues.

ANNEXE 11

ESTIMATION DES COUTS SOCIAUX LIÉS AUX PROBLEMES DE DROGUES* POUR L'ANNÉE 1988 QUÉBEC, ONTARIO

	Québec (millions $)	Ontario (millions $)
Système de santé	818	1 383
Pertes en productivité	197	494
Système judiciaire	173	292
TOTAL	**1 188**	**2 169**

* Il s'agit des drogues illégales; cela exclut les drogues légales, soit les médicaments utilisés à des fins non médicales, le tabac et l'alcool.

Source: Le modèle utilisé pour calculer ces coûts est décrit dans Statistics on Alcohol and Drug in Canada and Other Countries, volume II, Statistics on Drug Use (Addiction Research Foundation, 1988). Il a été mis à jour en tenant compte des données québécoises et ontariennes pour l'année 1988-89.

ANNEXE 12

IMPACTS SUR LA SANTÉ

MANIFESTATIONS	DÉPRESSEURS SNC			STIMULANTS SNC			OPIACÉS			CANNABIS		PCP		HALLUCI-NOGÈNES		SOLVANTS INHALANTS	
	I	O	S	I	O	S	I	O	S	I	O	I	O	I	O	I	O
Système psychique																	
Labilité émotionnelle				X								X	X	X			
Anxiété	X		X	X	X		X		X				X	X	X		
Ralentissement psycho-moteur	X	X				X	X		X			X	X				
Dépression	X				X							X					
Euphorie	X			X			X					X		X			
Fatigue	X					X											
Instabilité	X	X	X	X	X				X			X			X		

I: Intoxication
O: Overdose (n'est pas synonyme de dose létale)
S: Sevrage

IMPACTS SUR LA SANTÉ

MANIFESTATIONS	DÉPRESSEURS SNC			STIMULANTS SNC			OPIACÉS			CANNABIS		PCP		HALLUCI-NOGÈNES		SOLVANTS INHALANTS	
	I	O	S	I	O	S	I	O	S	I	O	I	O	I	O	I	O
Logorrhée				X	X					X							
Paranoïa - idéations				X	X							X	X	X	X		
Somnolence	X		X			X	X			X						X	
Troubles du sommeil			X	X	X	X				X				X			
Comportement de violence	X			X	X							X	X				
Anorexie	X			X	X							X		X	X		
Hallucinations			X	X	X					X		X	X	X	X		
Psychose	X		X		X							X	X		X		
Délire	X	X	X	X	X	X			X			X	X		X		X

I: Intoxication
O: Overdose (n'est pas synonyme de dose létale)
S: Sevrage

IMPACTS SUR LA SANTÉ

MANIFESTATIONS	DÉPRESSEURS SNC			STIMULANTS SNC			OPIACÉS			CANNABIS		PCP		HALLUCI-NOGÈNES		SOLVANTS INHALANTS	
	I	O	S	I	O	S	I	O	S	I	O	I	O	I	O	I	O
Système neurologique																	
Analgésique		X			X			X				X	X				
Ataxie	X	X						X				X	X				
Diplopie	X																
Étourdissements / vertiges	X			X								X		X	X	X	
Dysmétrie	X											X					
Céphalée			X	X	X											X	
Troubles de mémoire	X											X					
Nystagmus	X	X										X	X				
Paresthésie				X	X				X					X			

I: Intoxication
O: Overdose (n'est pas synonyme de dose létale)
S: Sevrage

IMPACTS SUR LA SANTÉ

MANIFESTATIONS	DÉPRESSEURS SNC			STIMULANTS SNC			OPIACÉS			CANNABIS		PCP		HALLUCI-NOGÈNES		SOLVANTS INHALANTS	
	I	O	S	I	O	S	I	O	S	I	O	I	O	I	O	I	O
Mydriase				X	X				X	X				X	X		
Myosis							X	X									
Hyperréflexie			X	X	X							X		X	X		
Dysarthrie	X											X				X	
Tremblements			X	X	X									X	X		
Convulsions			X	X	X								X		X		
Coma		X						X					X				
Système cardio-vasculaire																	
Angine				X	X												
Arythmies				X	X												

I: Intoxication
O: Overdose (n'est pas synonyme de dose létale)
S: Sevrage

IMPACTS SUR LA SANTÉ

MANIFESTATIONS	DÉPRESSEURS SNC			STIMULANTS SNC			OPIACÉS			CANNABIS		PCP		HALLUCI-NOGÈNES		SOLVANTS INHALANTS	
	I	O	S	I	O	S	I	O	S	I	O	I	O	I	O	I	O
DRS				X	X												
HTA			X	X	X				X			X	X	X	X		
Hypo TA orthostatique	X	X	X					X									
Tachycardie			X	X	X				X			X	X	X	X		
Collapsus cardio-vasculaire			X		X			X							X		
Système TGI																	
Crampes abdominales			X						X						X		
Nausée			X	X	X				X			X	X	X	X		
Vomissements					X				X			X			X		

I: Intoxication
O: Overdose (n'est pas synonyme de dose létale)
S: Sevrage

IMPACTS SUR LA SANTÉ

MANIFESTATIONS	DÉPRESSEURS SNC			STIMULANTS SNC			OPIACÉS			CANNABIS		PCP		HALLUCI-NOGÈNES		SOLVANTS INHALANTS	
	I	O	S	I	O	S	I	O	S	I	O	I	O	I	O	I	O
Diarrhées					X				X								
Changements de l'image corporelle					X							X	X	X	X		
Tics faciaux - grimaces					X							X					
Sensation de flottement	X						X					X					
Larmoiement									X							X	
Sécheresse de la bouche				X	X					X	X				X		
Rigidité musculaire									X			X	X				
Hypotonie musculaire	X	X				X	X	X									
Piloérection									X								
Rhinorrhée						X			X							X	

I: Intoxication
O: Overdose (n'est pas synonyme de dose létale)
S: Sevrage

IMPACTS SUR LA SANTÉ

MANIFESTATIONS	DÉPRESSEURS SNC			STIMULANTS SNC			OPIACÉS			CANNABIS		PCP		HALLUCI-NOGÈNES		SOLVANTS INHALANTS	
	I	O	S	I	O	S	I	O	S	I	O	I	O	I	O	I	O
Baillements	X								X								
Dépression respiratoire		X						X									X
Frissons									X								
"Flushing"			X		X		X							X	X		
Hyperphagie						X											
Hyperthermie			X	X	X									X	X		
Diaphorèse			X		X				X								
Hyperhémie conjonctive	X									X							

I: Intoxication
O: Overdose (n'est pas synonyme de dose létale)
S: Sevrage

ANNEXE 13

RISQUES ASSOCIÉS AUX DROGUES POUR LA FEMME ENCEINTE, LE FOETUS ET L'ENFANT*

DROGUES	GROSSESSE (MÈRE)	FOETUS	ENFANT
Opiacées	Dépendance	Dépendance et sevrage	Problèmes scolaires (30 à 40 %) (Hobbins, 1983)
	Troubles gastro-intestinaux	Retard de croissance intra-utérine (Rementeria, 1977)	Sevrage à la naissance, agitation, cris, alcalose respiratoire, instabilité thermique, etc. (Mangurten et al., 1980; McGillen et al., 1970)
	Changements d'humeur	Stimulation enzymatique au niveau du foie et accélération de la maturité pulmonaire (Mangurten et al., 1980; McGillen et Mobarak, 1970)	Augmentation de la mortalité périnatale (8 fois) si utilisé longtemps (Hobbins, 1983)
		Souffrance foetale (Ibid)	
Amphétamines**	Diminution de l'irrigation de l'utérus et du placenta par constriction des vaisseaux (Ward et al., 1980)	Augmentation du rythme cardiaque foetal (Ward et al., 1980)	
	Effet anorexique qui, indirectement, diminue l'apport d'éléments nutritifs au foetus	Retard de croissance intra-utérine et déséquilibres métaboliques (Ibid)	
		Risques faibles de malformations mineures au niveau des yeux, des oreilles, du coeur et du système urogénital. Elles peuvent aussi être dues à d'autres facteurs de risques associés (Heinonan et al., 1977; Nishimura et Tanimura, 1976)	

RISQUES ASSOCIÉS AUX DROGUES POUR LA FEMME ENCEINTE, LE FOETUS ET L'ENFANT*

DROGUES	GROSSESSE (MÈRE)	FOETUS	ENFANT
Marijuana**	Augmentation de la durée du travail.	Augmente de 5 fois le syndrome d'alcoolisme foetal lorsqu'utilisé avec l'alcool (Hingson et al., 1982), retard de croissance et de développement	Déficit d'attention, tremblements Méconium dans le liquide amniotique (Dalterio, 1986)
LSD**		Augmente de 20 fois l'incidence de malformations (probablement en synergie avec la malnutrition, les infections et autres abus de drogue) (Jacobson et Berlin, 1972; Stenchever et al., 1970) Aberrations chromosomiques	
Cocaïne	Malnutrition Anémie	Retard de croissance Anomalies cérébrales	Mortalité périnatale Irritabilité et pertubation du comportement (Chasnoff, 1985)

* Les substances psychoactives risquent de perturber le fonctionnement du cerveau et le comportement du nouveau-né en post-natal (Cuomo, 1987).
** Tératogènes au premier trimestre (Howard et al., 1979).

Extrait de: LEPAGE, Marie-Claire et Madeleine LEVASSEUR, Comité de travail sur la mortalité et la morbidité périnatales, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989, 251 p.

ANNEXE 14

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES OFFRANT DES SERVICES DE PRÉVENTION, D'ENTRAIDE ET DE SUPPORT EN MATIERE DE TOXICOMANIE

Organismes provinciaux

- L'Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec
- Fédération des Organismes Bénévoles au Service des Toxicomanes du Québec (FOBAST)
- Sobriété du Canada
- Fondation Jean Lapointe inc.
- Association québécoise de personnes-ressources en programme d'aide dans l'industrie (AQPRAI)

Bas Saint-Laurent / Gaspésie (région 01)

- Accueil Père Watier
- Carrefour Unité inc.
- Unité Domrémy d'Amqui
- Unité Domrémy de Causapscal
- Unité Domrémy de Chandler inc.
- Unité Domrémy de Luceville
- Unité Domrémy de Mont-Joli inc.
- Unité Domrémy de Saint-Gabriel de Rimouski
- Unité Domrémy de Sainte-Anne-des-Monts inc.

Saguenay / Lac Saint-Jean (région 02)

- Unité Domrémy de Chicoutimi
- Salle d'accueil Domrémy d'Alma
- Unité Domrémy de Jonquière
- La Villa L.R.S. Roberval inc.

Québec (région 03)

- Centre d'aide aux toxicomanes Le Terminus inc.
- Centre de services communautaires Justice et Foi
- Centre de ressources L'Escalier inc.
- I-Gloo
- Fondation Jean-Guy Roy
- Maison de Job
- Maison du Samaritain
- Unité Domrémy de Clermont inc.
- Unité Domrémy de La Pocatière inc.
- Unité Domrémy de Rivière-Bleue inc.
- Unité Domrémy de Rivière-du-Loup
- Unité Domrémy de Thetford Mines inc.
- Unité Domrémy de Trois-Pistoles
- Unité Domrémy de Ville Saint-Pascal
- Unité Domrémy de Saint-Joseph de Beauce
- Vision d'Espoir de Sobriété

Trois-Rivières (région 04)

- Centre d'intervention Impact
- Le Bistro
- La Bouée inc.
- Centre Le Havre Trois-Rivières
- Impact
- Maison de Sobriété de Trois-Rivières
- Maison Solidarité
- Refuge La Piaule du Centre du Québec
- Résidence Bourg-Joie
- Unité Domrémy de Drummondville
- Unité Domrémy de Plessisville inc.
- Unité Domrémy de Princeville inc.
- Unité Domrémy de Shawinigan
- Unité Domrémy de Victoriaville inc.

Estrie (région 05)

- Projet Elixir
- Réseau d'entraide Elixir
- Unité Domrémy d'Asbestos
- Unité Domrémy Danville-Shipton
- Unité Domrémy de Windsor inc.

Montréal métropolitain (région 06A)

- Accueil Bonneau inc.
- Al-Anon et Al-Ateen
- Alcooliques Anonymes
- Approche Sécurisante des Polytoxicomanes Anonymes
- Association PRAD
- Dernier Recours
- Groupe Harmonie
- La Maison Alco inc.
- Maison du chemin Montréal métropolitain inc.
- Maison Jeun'aide
- Narcotiques Anonymes
- Rachat aide à la Jeunesse
- Résidence Bonsecours (La)
- YMCA Montréal

Laurentides / Lanaudière (région 06B)

- Association d'aide aux alcooliques et autres toxicomanes le Réseau inc.
- Le Café du Réseau
- Prisme
- Regroupement en Toxicomanie Prisme
- Sobriété 24 Heures Saint-Gabriel
- Toxivie inc.
- Unité Domrémy de Lamater
- Unité Domrémy de Saint-Gabriel inc.
- Unité Domrémy de Sainte-Thérèse inc.
- Unité de Point de départ inc.
- Unité Toxi Saint-Jovite inc.

Montérégie (région 06C)

- Centre d'entraide la Boussole inc.
- Jeunesse anti-drogue
- Les Chevaliers de Laval inc.
- Maison la Margelle inc.
- Unité Domrémy d'Acton Vale inc.
- Unité Domrémy de Granby inc.
- Unité Domrémy de Sorel inc.

Outaouais (région 07))

- Association Shalom pour la Sobriété
- Centre Ivresse Secours
- Centre de réhabilitation pour alcooliques de l'Outaouais
- Alcooliques de l'Outaouais
- Gîte Ami

Abitibi-Témiscamingue (région 08)

- La Maison du Soleil Levant Rouyn-Noranda
- La Maison du Compagnon inc.
- Manoir du Chemin pour la Sobriété
- Manoir Saint-Félix
- La Piaule d'Amos
- Unité Domrémy de Val d'Or inc.
- Unité Domrémy La Sarre inc.

Côte-Nord (région 09)

- FVAT Sept-Iles inc.
- Unité Domrémy de Baie-Comeau inc.
- Les Villas du Silence de Gallix

ANNEXE 15.1

POUVOIRS ET INFRACTIONS À LA LOI SUR LES STUPÉFIANTS

DÉLITS	DÉFINITIONS	PEINES (maximales)
Possession (art. 3)	Détenir sciemment un stupéfiant en sa possession physique. Sciemment contrôler un stupéfiant dans un autre endroit ou en la possession de quelqu'un d'autre. Consentir sciemment, en dépit de la possibilité de contrôle, à la possession par quelqu'un d'autre.	**Déclaration sommaire**: Première infraction: 6 mois d'emprisonnement et/ou 1 000 $ d'amende. Infractions subséquentes: 1 an d'emprisonnement et/ou 2 000 $ d'amende. **Voie d'accusation:** 7 ans d'emprisonnement.
Trafic (art. 4)	Fabriquer, vendre, donner, administrer, transporter, expédier, livrer ou distribuer une substance prétendue être un stupéfiant. Offrir d'effectuer l'une ou l'autre des opérations précédentes.	**Voie d'accusation:** prison à perpétuité.
Possession en vue de trafic (art. 4)	Avoir en sa possession des stupéfiants dans un contexte supposant l'intention de trafic.	**Voie d'accusation:** prison à perpétuité
Importation et exportation (art. 5)	Sciemment traverser ou faire traverser n'importe quelle quantité de stupéfiants aux frontières canadiennes.	**Voie d'accusation:** Prison à perpétuité assortie d'une peine minimale statutaire de 7 ans d'emprisonnement.
Culture (art. 6)	Sciemment s'occuper de la culture de pavot ou de cannabis.	**Voie d'accusation:** 7 ans d'emprisonnement.

POUVOIRS ET INFRACTIONS À LA LOI SUR LES STUPÉFIANTS

DÉLITS	DÉFINITIONS	PEINES (maximales)
Délit d'ordonnance	Obtenir ou tenter d'obtenir un stupéfiant de la part d'un médecin sans déclarer l'obtention de produits similaires auprès d'un autre praticien à l'intérieur des trente jours précédents.	**Déclaration sommaire:** Première infraction: 6 mois d'emprisonnement ou 1 000 $ d'amende. Infractions subséquentes: 1 an d'emprisonnement ou 2 000 $ d'amende. 7 ans d'emprisonnement.
Perquisition Arrestation		**Perquisition:** Tous lieux sans mandat (sauf maison d'habitation) Art. 12 LSD Pouvoir d'arrestation: voir annexes.
Profit de la vente de drogues (art. 19.1)	Avoir en sa possession des biens ou leurs produits obtenus par la vente de drogues.	Si la valeur des biens est inférieure à 1 000 $: **Déclaration sommaire:** Infraction par procédure sommaire. **Voie d'accusation:** 2 ans d'emprisonnement. Si la valeur des biens est supérieure à 1 000 $: 10 ans d'emprisonnement.

POUVOIRS ET INFRACTIONS À LA LOI SUR LES STUPÉFIANTS

DÉLITS	DÉFINITIONS	PEINES (maximales)
Profit de la vente de drogues (art. 19.2)	Toutes personnes qui convertissent, transportent, modifient, cachent, utilisent des biens obtenus par la vente de drogues.	**Déclaration sommaire:** Infraction par procédure sommaire. **Voie d'accusation:** 10 ans d'emprisonnement.

ANNEXE 15.2

POUVOIRS ET INFRACTIONS À LA LOI DES ALIMENTS ET DROGUES

CATÉGORIES	DÉLIT ET DÉFINITIONS	PEINES (maximales)
Annexe G Drogues contrôlées (art. 38)	Possession: n'est pas une infraction. Trafic: Fabriquer, vendre, exporter, importer, transporter, livrer n'importe quelle substance prétendue être une "drogue contrôlée". Possession en vue de trafic: Avoir en sa possession des "drogues contrôlées" dans un contexte supposant l'intention de trafic.	**Déclaration sommaire:** 18 mois d'emprisonnement. **Voie d'accusation:** 10 ans d'emprisonnement.
Délit d'ordonnance (art. 38.1)	Obtenir ou tenter d'obtenir un stupéfiant de la part d'un médecin sans déclarer l'obtention de produits similaires auprès d'un autre praticien à l'intérieur des trente jours précédents.	**Déclaration sommaire:** Première infraction: 6 mois d'emprisonnement ou 1 000 $ d'amende. Infractions subséquentes: 1 an d'emprisonnement ou 2 000 $ d'amende. **Voie d'accusation:** 3 ans d'emprisonnement et/ou 5 000 $ d'amende.

POUVOIRS ET INFRACTIONS À LA LOI DES ALIMENTS ET DROGUES

CATÉGORIES	DÉLIT ET DÉFINITIONS	PEINES (maximales)
Annexe H Drogues d'usage restreint (art. 46)	Possession: Avoir sciemment une "drogue d'usage restreint" en sa possession physique. Sciemment contrôler une "drogue d'usage restreint" dans un autre endroit ou en la possession de quelqu'un d'autre. Consentir sciemment, en dépit de la possibilité de contrôle, à la possession par quelqu'un d'autre.	**Déclaration sommaire:** Première infraction: 6 mois d'emprisonnement ou 1 000 $ d'amende. Infractions subséquentes: 1 an d'emprisonnement et/ou 2 000 $ d'amende. **Voie d'accusation:** 3 ans d'emprisonnement et/ou 5 000 $ d'amende.
	Trafic et possession en vue de trafic: Mêmes définitions que pour les drogues contrôlées.	**Déclaration sommaire:** 18 mois d'emprisonnement. **Voie d'accusation:** 10 ans d'emprisonnement.
Annexe F Drogues (art. 15)	Vente illicite: Vente non autorisée de drogues d'ordonnance sans prescription verbale ou écrite des professionnels habilités.	**Déclaration sommaire:** Première infraction: 500 $ d'amende et/ou 3 mois d'emprisonnement. Infractions subséquentes: 1 000 $ d'amende et/ou 6 mois d'emprisonnement. **Voie d'accusation:** 5 000 $ d'amende et/ou 3 ans d'emprisonnement.

POUVOIRS ET INFRACTIONS À LA LOI DES ALIMENTS ET DROGUES

CATÉGORIES	DÉLIT ET DÉFINITIONS	PEINES (maximales)
Profit de la vente de drogues (annexes G et H) (art. 44.2 et 50.2)	Avoir en sa possession des biens ou leurs produits obtenus par la vente de drogues.	Si la valeur des biens est inférieure à 1 000 $: **Déclaration sommaire:** Infraction par procédure sommaire. **Voie d'accusation:** 2 ans d'emprisonnement. Si la valeur des biens est supérieure à 1 000 $: **Déclaration sommaire:** Infraction par procédure sommaire. **Voie d'accusation:** 10 ans d'emprisonnement.
	Toutes personnes qui convertissent, transportent, modifient, cachent, utilisent des biens obtenus par la vente de drogues.	**Déclaration sommaire:** Infraction par procédure sommaire. **Voie d'accusation:** 10 ans d'emprisonnement.

ANNEXE 16

RESSOURCES PUBLIQUES OFFRANT DES SERVICES DE RÉADAPTATION AUX PERSONNES TOXICOMANES

RÉGION	RESSOURCES	POINTS DE SERVICES EXTERNES	NOMBRE DE PLACES EN RÉADAPTATION	NOMBRE DE PLACES EN DÉSINTOXICATION
Bas Saint-Laurent / Gaspésie (01)	L'Escale (Hôpital des Monts)	6	14	
	Centre hospitalier régional du Grand Portage	5		
Total		**11**	**14**	
Saguenay / Lac Saint-Jean (02)	Centre hospitalier de Jonquière	1	23	16
	Hôtel-Dieu de Roberval	1	15	
	Hôtel-Dieu d'Alma	1		
	Institut La Chesnaie Inc.	1		
Total		**4**	**38**	**16**

RESSOURCES PUBLIQUES OFFRANT DES SERVICES DE RÉADAPTATION AUX PERSONNES TOXICOMANES

RÉGION	RESSOURCES	POINTS DE SERVICES EXTERNES	NOMBRE DE PLACES EN RÉADAPTATION	NOMBRE DE PLACES EN DÉSINTOXICATION
Québec (03)	Hôpital Saint-François d'Assise	2	34	18
	Centre hospitalier régional de la Beauce	1		5
	Carrefour Ubald Villeneuve	13		
	Maison Jean Lapointe[1]	1		
	Hôpital régional de l'Amiante	1		
Total		**18**	**34**	**23**
Trois-Rivières (04)	Domrémy Trois-Rivières	4	35	
	Hôpital Saint-Joseph de la Tuque	-	12	
	Hôpital Sainte-Croix	1		
Total		**5**	**47**	

1 Privée subventionée

RESSOURCES PUBLIQUES OFFRANT DES SERVICES DE RÉADAPTATION AUX PERSONNES TOXICOMANES

RÉGION	RESSOURCES	POINTS DE SERVICES EXTERNES	NOMBRE DE PLACES EN RÉADAPTATION	NOMBRE DE PLACES EN DÉSINTOXICATION
Estrie (05)	Relais Saint-François	1	9	
Total		**1**	**9**	
Montréal métropolitain (06A)	Domrémy Montréal	1	70	
	Centre de réadaptation Alternatives	3	6	
	Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN)[1]	2		
	Centre d'accueil Préfontaine	2	58	
	Le programme Le Portage Inc.[2]	2	99	
	Hôpital général de Montréal			4
	Hôpital Saint-Luc			20
Total		**10**	**233**	**24**

1 Privée subventionnée
2 Privée conventionnée

RESSOURCES PUBLIQUES OFFRANT DES SERVICES DE RÉADAPTATION AUX PERSONNES TOXICOMANES

RÉGION	RESSOURCES	POINTS DE SERVICES EXTERNES	NOMBRE DE PLACES EN RÉADAPTATION	NOMBRE DE PLACES EN DÉSINTOXICATION
Laurentides / Lanaudière (06B)	Pavillon André Boudreau	4	18	
	Centre hospitalier régional Lanaudière	1		10
Total		**5**	**18**	**10**
Montérégie (06C)	Centre de réadaptation Montérégie	6		
	Pavillon Foster	2	20	
Total		**8**	**20**	
Outaouais (07)	Pavillon Jellinek	8	26	
Total		**8**	**26**	

RESSOURCES PUBLIQUES OFFRANT DES SERVICES DE RÉADAPTATION AUX PERSONNES TOXICOMANES

RÉGION	RESSOURCES	POINTS DE SERVICES EXTERNES	NOMBRE DE PLACES EN RÉADAPTATION	NOMBRE DE PLACES EN DÉSINTOXICATION
Abitibi-Témiscamingue (08)	Centre d'accueil Normand	7	16	
Total		**7**	**16**	
Côte-Nord (09)	Centre d'accueil N.A. Labrie	5	15	
	Hôpital Sept-Iles	1		
Total		**6**	**15**	
TOTAL		**83**	**470**	**73**

N.B. Désintoxication: en plus des places réservées, tous les centres hospitaliers de soins de courte durée doivent accueillir les personnes en état d'intoxication.

ANNEXE 17

ORGANISMES PRIVÉS OFFRANT DES SERVICES D'AIDE, D'ENTRAIDE ET DE RÉADAPTATION AUX PERSONNES TOXICOMANES

Saguenay / Lac Saint-Jean (région 02)

- Centre d'éducation hygiéniste et Noétique
- Havre du Fjord
- Maison Henri Lavoie
- Maison Roch Saint-Gelais

Québec (région 03)

- Centre Vie-O inc. (Le)
- Croisée des Chemins (La)
- Domaine de la Solitude
- Domaine du Père (Le)
- Domaine du Jardin
- Ferme de l'Espoir inc.
- Maison Bellevie inc.
- Maison d'entraide l'Arc-en-ciel inc.
- Maison l'Auberivière
- Maison l'Espérance inc.
- Maison la Licorne inc.
- Réhabilitation Beauce inc.
- Réhabilitation Lotbinière inc.
- Résidence des Pélerins inc.
- Service Sercosa
- Villa Ignatia inc.
- Villa Portneuf inc.

Trois-Rivières (région 04)

- Centre Jonyvie
- Maison Langelier
- Maison Mélaric
- Phare-Maison Ross (Le)
- Résidence Le Rivage

Estrie (région 05)

- L'Entracte
- Le Domaine de la Sobriété
- Maison Bo-Soleil inc.
- Maison Vinet
- Pavillon de l'Estrie

Montréal métropolitain (région 06A)

- Association d'Entraide le Chaînon
- Association le Patriarche
- Clinique du Nouveau Départ inc.
- Maison de l'Ancre
- Maison Jean Lapointe (La)
- Phare (Le)
- Fondation Phoenix

Laurentides / Lanaudière (région 06B)

- Le Centre des deux Rives inc.
- La Maison de Chambres l'Espérance Joliette
- Maison Trait d'Union pour Toxicomanes
- La Maisonnée d'Oka
- Oasis Saint-Sauveur inc.
- Pavillon du Grand Elan
- Pavillon Ivry-sur-le-lac
- Pavillon Gilles Desjardins

Montérégie (région 06C)

- Maison de l'Amitié Omer
- Maison l'Alcove inc.
- Maison Vinet inc.
- Pavillon du Nouveau Point de vue

DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA LUTTE CONTRE LA DROGUE

Comme ailleurs dans le monde, le Québec est aux prises avec un problème de drogues qui s'est accentué au cours des dernières années. En raison des conséquences terrifiantes que ce fléau fait peser sur l'individu et sur la société, le gouvernement du Québec créait, le 7 novembre 1989, le Groupe de travail sur la lutte contre la drogue.

Le présent document constitue le rapport des rencontres et des délibérations effectuées par ce groupe de travail au cours des derniers mois.

Dans une première partie, il présente la situation et les conséquences liées à l'usage et au trafic de drogues au Québec. Par la suite, ce rapport traite des actions menées face à l'usage et au trafic de drogues et en trace le bilan. Finalement, la troisième partie propose des solutions : y sont présentés les principaux constats, les pistes d'action et les nouvelles avenues, de même qu'une ventilation des coûts relative aux solutions identifiées.

Il s'agit là d'une esquisse tracée à partir d'une situation qui se transforme rapidement et qui donne lieu, parfois, à de nouvelles interrogations.

ISBN 2-551-14218-0
90000
9 782551 142187
Imprimé au Québec, Canada